

ANNÉE 1921-1922 — N° 5

LE SYNDROME PSYCHOPOLYNÉVRITIQUE DE KORSAKOFF

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 novembre 1922

PAR

Joseph-Jean-Marie SUIGNARD

Médecin de 3^e classe de la Marine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Né à Poullaouën (Finistère), le 5 mars 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		VENOT, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

MAYENNE
IMPRIMERIE CHARLES COLIN

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 — N° 5

LE SYNDROME PSYCHOPOLYNÉVRITIQUE
DE KORSAKOFF

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 novembre 1922

PAR

Joseph-Jean-Marie SUIGNARD

Médecin de 3^e classe de la Marine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Né à Poullaouën (Finistère), le 5 mars 1898.



Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	<i>Juges.</i>
		VENOT, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

MAYENNE
IMPRIMERIE CHARLES COLIN

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Id.	CASS.ET.	Médecine expérimentale.....	FERRE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE
Id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS
Anatomie pathol. et microscopie clinique...	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL	Médec. coloniale et clin. des malad. exotiques.	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires...	POUSSON.
Médecine légale et déontologie...	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Physique biol. et clin. d'électricité médic...	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée...	BARTHE.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie...	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU. — GUYOT. — LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	N...	Médecine générale.....	DUPÉRIÉ.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	Id.	CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Id.	MICHELEA
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R SIGALAS (chargé)	Médecine légale.....	LANDE.
Id.	N.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Physique biologique et médicale.	RÉCHOU.	Id.	DUVERGE
Chimie biologique et médicale..	N.	Id.	PAPIN.
Médecine générale.....	PETGES.	Obstétrique.....	PERY
Id.	J. CARLES.	Id.	FAUGÈRE.
Id.	MAURIAC.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES
Id.	LEURET.	Pharmacie.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Thérapeutique et pharmacologie.	CARLES.	Démonstrations et préparations pharmaceut..	LABAT.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Chimie.....	RANGIER.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Vénéréologie.....	PETGES.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pathologie interne.....	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Comme un témoignage d'affectueuse
reconnaissance.*

A MA FEMME

Amori sacrum.

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DE LA MARINE
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE BELLOT

Directeur de l'École de Santé Navale
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le D^r ABADIE

Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de guerre

*Son exquise bienveillance, ses conseils
aussi patients que judicieux, la sûreté de
son information des choses de la psychia-
trie, m'assurèrent le plus précieux concours
dans la conduite de ce travail. Qu'il veuille
bien y trouver l'expression de ma respec-
tueuse gratitude.*

LE SYNDROME PSYCHOPOLYNÉVRITIQUE DE KORSAKOFF

PROLÉGOMÈNES

« Le seul moyen d'échapper aux grandes questions, est de ne pas les résoudre. »

RENAN.

Korsakoff a décrit le syndrome qui porte son nom, dans plusieurs mémoires échelonnés entre 1887 et 1890. Depuis lors, de nombreux travaux sur le même point ont enrichi la littérature médicale ; on n'oserait affirmer qu'ils l'aient beaucoup précisé. Des publications ont paru, révélant des formes cliniques anormales ou larvées, des causes multiples et plus ou moins certaines. Des discussions pathogéniques et anatomo-pathologiques sont venues compliquer la question, sans l'éclaircir.

Ondoyante et diverse, la psychose polynévritique a prêté, semble-t-il, à des confusions faciles : de nombreux cas paraissent avoir été étiquetés « syndromes de Korsakoff » que le professeur de Moscou aurait probablement hésité à reconnaître tels.

La psycho-polynévrite passa d'abord pour être une psychose spéciale, une maladie autonome : opinion erronée dont on fit bientôt justice. Il apparut en effet que les symptômes cérébraux et polynévritiques observés par Korsakoff représentaient non une entité morbide, mais une affection sans étiologie

constante ni caractères pathognomoniques. Dès lors, la psycho-polynévrite constituait un syndrome relevant de causes très diverses, et ne méritait nullement d'être distraite du groupe des psychoses toxi-infectieuses dont elle n'est qu'une variété.

Mais si aucun des signes cliniques n'était vraiment typique, l'ensemble des attributs mentaux semblait lui composer une physionomie caractéristique et reconnaissable. Or, le dessin si net qu'en avait tracé Korsakoff s'effaça bientôt, lorsque divers auteurs, y consacrant de nombreuses études, eurent révélé des aspects cliniques confinant à la confusion mentale et à la presbyophrénie. On en vint ainsi à contester à la psycho-polynévrite non plus son autonomie, mais toute originalité, à critiquer sa dénomination, et à vouloir lui refuser tout droit à l'existence. C'était une conception aussi outrée que celle de la psychose de Korsakoff, — entité morbide.

Sans doute les progrès de la psychiatrie ont montré entre les affections mentales des parentés insoupçonnées, des transitions insensibles : la pathologie répugne aux systématisations trop nettes. C'est faire montre de largeur d'esprit que de vouloir embrasser dans de vastes synthèses le plus grand nombre de faits possible ; à cet égard, le syndrome de Korsakoff n'est qu'une modalité des psychoses toxi-infectieuses : étiologie, pathogénie, traitement sont les mêmes dans la confusion mentale et la psychopolynévrite. Mais les deux affections diffèrent par un certain nombre de symptômes cliniques, et un élémentaire besoin de clarté exige que des manifestations cliniques dissemblables soient dénommées diversement. « Une science doit être une langue bien faite. » ne serait-ce que pour réaliser ce vœu de Bacon, il faut adopter une terminologie différente pour désigner la confusion mentale et le syndrome de Korsakoff.

Lorsque M. Le Professeur Abadie nous a suggéré le désir d'étudier l'histoire de la psychose polynévritique, le sujet nous a fourni l'image d'un désordre un peu chaotique, d'un fatras obscur. Les relations des auteurs d'une même époque,

à plus forte raison si elles datent de lustres ou décades différents, s'écartent beaucoup des observations typiques de Korsakoff. Les causes, les caprices évolutifs de l'affection se sont multipliés à l'infini.

Pour bien se pénétrer de la pensée du maître de Moscou, il importait de se rapporter à ses descriptions premières. Cette référence nous a montré qu'il était chimérique et téméraire de vouloir ramener le syndrome de Korsakoff à sa pureté originelle : le polymorphisme noté dans les observations s'y oppose.

Aidé de la critique et de l'histoire, nous avons nourri un double dessein.

D'une part à l'encontre de Korsakoff et de son école russe, tenter d'établir ce que la conception initiale de la psychopolynévrite, entité morbide, comporte d'étroit et d'incompatible avec des notions plus récentes.

D'autre part, défendre l'originalité clinique du syndrome, essayer de tracer les frontières instables et mouvantes, hors desquelles il cesse d'être lui-même.

Les idées qui fleurissaient à Moscou vers 1890 renfermaient des parties de vérité ; il s'agit de les adapter à l'état actuel de la psychiatrie.

Remontant aux sources, parcourant une bibliographie volumineuse (le sujet a fait couler des flots d'encre : plus de 700 cas ont été décrits), nous avons voulu peindre la physionomie essentiellement capricieuse de ce syndrome-caméléon ; montrer le canon idéal dont les autres formes découlent. Reflétant les opinions le plus généralement admises, nous nous sommes enfin efforcé de placer la psychose de Korsakoff dans le cadre nosographique et d'analyser les différences qu'elle présente avec le syndrome confusion mentale et la presbyophrénie de Wernicke.

Travail un peu aride d'archiviste : nous avons colligé de nombreux documents, recueilli une abondante information, dans des écrits où des savants distingués émettaient sur les sujet, des avis opposés, puis des compromis, sans se flatter

encore d'atteindre le réel, ni de prononcer des jugements définitifs. De ces travaux se dégage l'impression que le plaisir de la découverte est peu de chose ; celui de la recherche, tout. C'est notre impuissance à les élucider qui crée l'intérêt des plus vastes problèmes.

HISTORIQUE

On connaissait, depuis fort longtemps, les troubles nerveux et mentaux engendrés par la pratique abusive des alcools. Vers 1850, Morel, Hüss, Magnan, Lancereaux et bien d'autres les avaient signalés. Mais une grande imprécision demeurait dans la multitude des formes observées.

Dans ses Leçons du mardi, en 1884, Charcot signala des cas où l'alcoolisme désorganisait simultanément les fonctions du cerveau et des nerfs. Il notait même l'influence élective du poison sur la mémoire. En somme l'existence d'un syndrome psychopolynévritique, la coïncidence des troubles mentaux et névritiques, était entrevue.

A Korsakoff était réservée la gloire d'approfondir et de préciser cette découverte. Sous le premier nom, à la vérité un peu barbare de *cérébropathia psychica toxémica*, dans des congrès et des publications diverses, il étudia la coexistence des névrites multiples et de troubles psychiques spéciaux. Il citait des exemples remarquables, où la maladie, affectant surtout la mémoire, respectait plus ou moins l'intégrité des autres facultés (jugement, imagination) ; il rapportait des cas de fabulation et recherchait les rapports entre les troubles de la pensée et les altérations des nerfs périphériques. Un long article qu'il adressa en 1889 à la *Revue philosophique* renferme l'analyse d'une forme particulière de maladie de la mémoire; accompagnant des lésions polynévritiques. A ce travail important et documenté, les descriptions ultérieures n'ont rien ajouté d'essentiel.

Vers la même époque (1887-1890), à Riga, Tilling relatait des observations de la même affection. Nous disons la même, encore que d'aucuns (Strauss, *thèse 1893*) aient prétendu que,

les causes invoquées par les deux auteurs étant différentes, les syndromes étudiés par eux devaient rester distincts. D'après Strauss, Tilling aurait incriminé l'alcool ; Korsakoff au contraire aurait attribué l'influence prépondérante à la puerpéralité et aux diverses maladies infectieuses et toxiques, dans la genèse de la psychopolynévrite. En réalité, la lecture attentive des publications du maître moscovite montre bien que beaucoup de ses sujets, sinon la plupart étaient alcooliques.

En 1890, quand, au Congrès International Korsakoff vint défendre ses idées sur la combinaison d'une psychose spéciale, avec une névrite multiple, la littérature médicale, en France, était pauvre en exemples similaires. Strauss, dont le travail remonte à 1893, réunissait 13 cas, en colligeant ceux de Korsakoff et de Tilling, et en exhumant des observations anciennes et critiquables de Remak et Vierord. Chez nous, il ne trouvait que deux observations : celle de Pinard, Desnos et Joffroy, absolument typique, et celle de Bouveret : encore cette dernière est-elle peu convaincante, les troubles mentaux paraissant très imprécis. Seul, le cas décrit par Desnos, Pinard et Joffroy paraissait superposable aux descriptions de Korsakoff.

Sous l'inspiration du professeur Pierret, en 1894, Haury fournit une contribution à l'étude des neurocérébrites toxiques, et dénie tout droit à l'existence à l'affection décrite par le maître de Moscou. Avec plus d'énergie qu'à juste titre, il s'élève contre « cette entité morbide ». Les troubles mentaux et polynévritiques, écrit-il, étant fonction de l'intoxication générale du système nerveux, leur coïncidence représentait les effets divers d'une même cause : psychose et polynévrite étaient indépendantes.

La remarque est exacte, mais Korsakoff ne pensait guère différemment : Haury triomphait sans peine d'inconsistances.

Il poursuivait : « Pour qu'une entité ait droit à l'existence, il lui faut avant tout une étiologie constante. Résultat de

toute infection ou intoxication, la maladie décrite par Korsakoff n'est point nouvelle. » Et, compulsant l'histoire, Haury découvrait des exemples d'altérations nerveuses, et d'autre part, des cas de troubles mentaux toxiques. « La simultanéité d'une psychose et d'une polynévrite n'avait pas été soulignée, disait-il. On était jusqu'ici neurologue exclusivement, ou exclusivement psychiatre. Il faudrait désormais être neuro-psychiatre. »

Il serait ironique de trouver à ces remarques une grande originalité. L'équité eût exigé qu'on reconnût à Korsakoff le mérite de s'être montré neuro-psychiatre, d'avoir porté son attention sur les désordres concomitants des deux pôles du système nerveux. Il était plus aisé de contester sa terminologie.

La thèse de Haury reflétait une partie de l'opinion française qui, considérant dans l'affection décrite par Korsakoff l'étiologie toxique ou infectieuse, la rangeait avec raison parmi les psychoses toxi-infectieuses, sans savoir gré au maître moscovite de l'avoir isolée comme forme clinique vraiment particulière.

Colella et Nègrò agitèrent le problème au Congrès international de Rome en 1894. L'année suivante, Sollier publiait une observation confirmant pleinement les idées de Korsakoff. Ces idées cheminaient lentement et, au Congrès de Moscou en 1897, Jolly s'y ralliant, proposa, pour couper court aux hypothèses pathogéniques et « pour honorer la mémoire du professeur russe » (Régis) le nom de *psychose polynévritique de Korsakoff*. Le vocable exprimait clairement l'idée d'une association de troubles mentaux et d'altérations nerveuses périphériques ; mais il semblait vouloir embrasser toutes les psychoses qui accompagnent les névrites multiples ; et impliquer une relation de causalité entre la polynévrite et les phénomènes psychiques. C'est pourquoi Soukhanof lui a substitué plus tard le terme plus vague, mais moins critiquable de *syndrome de Korsakoff*, qui a emporté la faveur générale.

Après 1897, les faits allaient démontrer la fréquence de ce syndrome. L'école russe issue du maître de Moscou, Soukhanof, Orlof, Boutenko, etc. observa de nombreux cas, et décrit des modalités très diverses.

En France, la question a suscité de nombreux articles et fourni l'occasion de plusieurs thèses. Les travaux, allemands, anglais, italiens, espagnols, publiés sur le sujet ne se comptent plus. Il faut y voir une preuve du bien-fondé des descriptions cliniques de Korsakoff; un indice aussi de la complexité du syndrome.

L'étude clinique de la psycho-polynévrite sollicitait des précisions, car l'affection apparut bientôt comme un insaisissable Protée, épuisant toute une série d'aspects et de modalités.

Les causes se sont montrées infiniment diverses, toxiques, infectieuses, voire traumatiques ou morales.

On a tenté d'élucider les rapports réciproques de la polynévrite et de la psychose.

La gravité et l'évolution du syndrome ont fourni l'objet de plusieurs études.

Des anatomo-pathologistes se sont intéressés à son substratum organique.

Pathogénie et diagnostic ont soulevé des problèmes qui ne sont pas résolus d'une manière satisfaisante. La description, faite par Wernicke, sous le nom de presbyophrénie, d'un type spécial de démence sénile, qui offre certains traits de ressemblance avec le syndrome de Korsakoff a donné le signal d'importantes discussions. Entre tous ces points qu'il sied d'examiner successivement, celui-ci retiendra peut-être le plus notre attention.

DESCRIPTION DU SYNDROME DE KORSAKOFF

« Le syndrome de Korsakoff est un complexus clinique constitué par l'association de phénomènes polynévritiques et de troubles mentaux particuliers, parmi lesquels, l'amnésie sous diverses formes, tient une place prépondérante. »

Ainsi s'exprime Rogues de Fursac, s'efforçant de ramasser en une brève formule les attributs fondamentaux de la psychopolynévrite. Comme la plupart des définitions, celle-ci exige d'être complétée et précisée : elle ne peut, en quelques lignes, rendre la physionomie propre de l'affection, ni embrasser d'un seul coup d'œil ses singularités ; elle ne doit surtout pas dispenser de décrire et d'analyser successivement les désordres capitaux sur lesquels repose le syndrome, à savoir : les troubles mentaux, les troubles polynévritiques (on y ajoute d'ordinaire les troubles de l'état général).

Décrire vaut donc mieux que définir. Une double série de symptômes, psychiques et polynévritiques, doit être considérée dans la psychose polynévrique. (Ce dernier terme encore que critiquable à certain point de vue, s'il ne renferme pas une définition, énumère, du moins, cette double série et indique la prééminence due aux troubles mentaux.) Pour respecter et l'importance des éléments constitutifs du syndrome, et la pensée de Korsakoff lui-même qui le baptisa : « *cérébropathie psychique* » — montrant ainsi la prépondérance des troubles intellectuels, il importe donc de passer d'abord en revue ces derniers.

Les descriptions originales du maître moscovite, et l'observation typique d'une malade traitée dans le service de notre maître M. le Professeur Abadie nous serviront pour cette étude.

Phénomènes mentaux.

Toutes les facultés, en lesquelles on décompose un peu arbitrairement, le mécanisme psychologique, pour la commodité de l'analyse, peuvent être intéressées par la psychopolynévrite.

L'obnubilation, la désorientation, des hallucinations surtout visuelles, l'émotivité exagérée, l'agitation nocturne, ou des idées délirantes, voire même les apparences d'un affaiblissement dementiel, s'y montrent avec une fréquence et une intensité variables.

Chacun de ces symptômes sans originalité n'exige guère d'amples développements. Leur apparition semble d'ailleurs liée aux éléments essentiels du syndrome : l'amnésie caractéristique, l'intégrité du jugement et la tendance à la fabulation.

Dans ce groupe de trois facteurs, le trouble amnésique paraît primitif et fondamental ; les deux autres s'y subordonnent logiquement.

Amnésie.

Charcot avait signalé son importance primordiale parmi les désordres psychiques qui compliquent la polynévrite alcoolique. De deux éthyliques il disait : « Ces deux femmes vous affirmeront qu'elles sont d'une sobriété à toute épreuve ; c'est qu'elles ne se souviennent plus ; elles ont perdu la mémoire ; elles font des récits contradictoires, voient des serpents, ont des cauchemars et des douleurs lancinantes, etc. »

Le squelette de la psychose de Korsakoff était dessiné, Korsakoff a caractérisé cette perte de la mémoire. Elle est typique. Avec Dupré on peut lui assigner force qualificatifs. C'est une amnésie : de fixation, ou d'acquisition, antérograde, d'évocation, d'assimilation, régressive et curable.

Une longue glose sur chacun de ces traits n'est pas néces-

saire; le mécanisme pathogénique mérite de retenir davantage.

Antérograde, l'abolition des souvenirs remonte au début de la maladie; parfois elle s'étend à la période immédiatement antérieure. La mémoire des faits anciens est parfaitement conservée; celle des événements récents supprimée entièrement. Curieux sont ces malades qui, fournissant des précisions sur un passé vieux de vingt ans, se montrent incapables d'évoquer le moindre détail après cinq minutes et de reconnaître le médecin qui les soigne depuis des mois (Korsakoff en rapporte un cas). Notre malade constitue un exemple non moins remarquable de cette amnésie lacunaire. Elle se rappelle les menus faits de sa prime jeunesse, la date de sa première communion, la forme, la couleur, le prix de sa robe ou de son chapeau ce jour-là, l'âge exact de ses enfants. Par contre, elle a oublié à midi un quart qu'elle a déjeuné à midi; et la sœur de service lui semble dix fois par jour une inconnue.

La vie du psycho-polynévritique peut être divisée en deux périodes: avant la maladie, depuis la maladie. Entre les deux se place une zone claire-obscur et règne un halo de faits difficiles à susciter dans la conscience, mais dont le retour n'est pas impossible.

Incapable de fixer le moindre souvenir, de l'agréger à sa personnalité et, au moment opportun, de l'évoquer, le malade ressemble à un bloc sur lequel glisse l'impression, sans y dessiner d'empreinte durable. Figé dans l'état où l'a surpris la psychose, il vit sur son capital antérieurement acquis, sans pouvoir en rien l'enrichir.

Suivant certains auteurs, il aurait conscience de son amnésie; d'après d'autres, non. Les deux cas s'observent.

Souvent le psychopolynévritique est à ce point conscient des défaillances de sa mémoire, qu'il en éprouve une douleur morale; il s'en plaint; il redoute le gâtisme. Korsakoff cite le cas d'une femme qui, apprenant qu'elle venait de voir un infirmier l'instant d'avant, demande si elle ne l'avait pas ac-

cablé d'injures ! Plusieurs malades connaissent si bien les lacunes de leurs souvenirs qu'ils tâchent à les cacher ; ils s'abstiennent de parler si on ne les provoque pas ; évitant toute précision, ils s'expriment en termes vagues et généraux. Tel cet avocat russe qui, plaidant une affaire dont il avait oublié les tenants et aboutissants, employait des lieux communs, écrivait un court abrégé de la cause, qui lui suggérait le reste ; la perdait de vue le lendemain, mais poussait l'astuce jusqu'à inviter adroitement son interlocuteur à la lui raconter !!

De telles ressources d'ingéniosité déployées pour la masquer montrent donc combien consciente peut être l'amnésie.

Consciente ou non, elle est de plus continue et régulière ; elle frappe uniformément toutes les perceptions visuelles, auditives, etc.

Korsakoff inclinait à penser que les événements dans le temps disparaissent de la mémoire plus vite que les souvenirs se rapportant aux impressions spatiales.

De même la mémoire des états affectifs (forme spéciale décrite par Ribot (Rev. Philos) conserverait une certaine aptitude fixatrice : ainsi s'expliquerait le caractère parfois jovial et bienveillant de certains malades ou leur animosité, après guérison, contre des infirmiers peu empressés à les soigner qu'ils ne reconnaissent pourtant pas après leur maladie.

Cependant Pascal relate un cas où la mémoire des sentiments disparut à tout jamais.

Laissant de côté ces hypothèses d'une dissociation possible des diverses mémoires, nous pouvons dire pour nous résumer :

Conservation des souvenirs anciens, abolition des souvenirs récents, impossibilité d'acquérir des notions nouvelles et de les incorporer au moi.

Des conséquences en découlent, qui rendent intelligible la physionomie mentale des patients. La profonde lacune de leur mémoire les ramène de plusieurs mois en arrière, les con-

damne à vivre sur leur passé, et les empêche de s'adapter au présent.

Le monde extérieur ne leur apprend plus rien.

Si l'on songe que les perceptions constituent la source de nos pensées suivant l'adage scolastique : *Nihil est in intellectu quod non fuerit in sensu*, on comprend et leur désorientation, dans le temps et l'espace, et leur air obnubilé, et leur incohérence, et leur manque de continuité : car la mémoire leur fait défaut, qui chez les gens sains d'esprit assure l'unité de la vie psychique. La monotonie de leurs idées se conçoit aussi fort bien ; ces malades répètent vingt fois la même plaisanterie y trouvant toujours le même sel. Un client de Korsakoff racontait à plusieurs reprises le même voyage dans la même journée.

Certains psychopolynévritiques peuvent goûter un plaisir éternellement nouveau à relire un livre qui leur paraît éternellement original ; mais, s'ils se rendent compte de leur infirmité, ou que la lecture leur devienne impossible (le souvenir d'une page ayant disparu quand ils abordent la suivante), on s'explique leur anxiété, et leur dépression hypochondriaque.

L'amnésie fait aussi comprendre pourquoi ces malades ont recours comme à des substitutifs, aux mécanismes vicariants du jugement et de l'imagination.

Intégrité du jugement.

Ce n'est pas le trait le moins pittoresque de leur physionomie intellectuelle, que l'atteinte souvent minime de leurs facultés logiques.

Quoique désorientés dans le temps et l'espace, ils peuvent parler avec esprit et raisonner judicieusement.

Korsakoff rapporte le cas d'un écrivain russe amnésique au point d'avoir oublié le titre d'une nouvelle commencée par lui peu avant sa maladie : cela ne l'empêcha pas d'écrire des contes pleins d'originalité et de mérites littéraires.

Tel autre pouvait très bien jouer aux échecs, prévoir et éviter les mauvais coups : il oubliait qu'il venait de déjeuner.

Un troisième malade soutenait une conversation spirituelle et brillante, une discussion abstraite: cinq minutes après, il ne reconnaissait pas son interlocuteur.

De tels exemples (à la vérité ils ne sont pas légion, rares étant les psychopolynévritiques appartenant à un milieu si cultivé) montrent la persistance du jugement, survivant à l'abolition des souvenirs. Cette dissociation exclut l'idée d'un affaiblissement démentiel. Elle creuse aussi un abîme entre le syndrome de Korsakoff et la confusion mentale; à la période d'état, un confus ne crée pas.

L'écrivain russe cité par Korsakoff ne retint jamais le nom ni la figure de son médecin; il parvint pourtant à le reconnaître. Le maître moscovite en conclut qu'il avait conservé une certaine fixation, un reste de mémoire affective. Nous croyons inutile de faire intervenir la mémoire dans ce cas; le jugement du malade suffit seul à l'expliquer.

Ainsi en était-il du moins, pour la femme traitée dans le service de M. le Professeur Abadie. Pendant plusieurs mois, elle n'a pu retenir les trois syllabes dont se compose le nom du maître, bien qu'on les lui répâtât chaque matin. Elle disait: « Je ne sais pas comment il s'appelle, mais ce doit être un professeur, car il porte une calotte de velours, il est plus âgé que vous, et vous fait la leçon. Ici ce doit être l'hôpital car je vois des sœurs. »

On saisit comment, étayé sur les acquisitions antérieures, le raisonnement suppléait au défaut de fixation.

A peine est-il besoin d'ajouter que, suivant la gravité du syndrome, la richesse du capital accumulé auparavant, et la culture du malade, le jugement se montre plus ou moins atteint.

Chez bien des gens, une bonne mémoire dispense de réflexion. Dans certains cas, on conçoit donc que l'abolition des souvenirs entraîne la ruine presque totale du psychisme: alors, les erreurs d'un jugement débile, ou les hésitations d'un sens critique dénué de finesse, simulent la confusion mentale ou la démence véritable.

Ce sont là cas extrêmes qui doivent se ranger parmi les formes cliniques spéciales.

Ici, notre dessein est d'esquisser les traits généraux et partant moyens de la psychose polynévritique dont le tableau comporte, malgré l'amnésie, la conservation relative d'une logique conséquente et droite. Logique amoindrie ? D'accord mais non pas abolie.

Pour être juste, force est pourtant de reconnaître que, si parfois la perspicacité de ses raisonnements paraît étonnante, le cercle d'idées du malade se montre considérablement rétréci.

L'amnésie explique les redites, la stéréotypie des propos ou les contradictions souvent notées parmi les signes cliniques. La crédulité, la suggestibilité témoignent, quand elles existent, de l'affaiblissement d'une logique qui pourtant, nous l'avons vu, travaille avec force à combler les lacunes du souvenir.

Ce n'est du reste pas le seul mécanisme de suppléance.

Fabulation.

« L'imagination créatrice » entre en jeu pour fournir à l'activité intellectuelle l'aliment qu'elle puise chez les gens normaux, dans la somme des impressions journalières. Ne pouvant retenir les événements, le psycho-polynévritique en invente. Korsakoff et presque tous les auteurs ont signalé ces histoires fausses, forgées de toutes pièces par les malades, selon le caprice d'une inépuisable fantaisie.

Tel écrivain raconte longuement des nouvelles qu'il aurait publiées : elles ne sont pas encore écrites. Tel autre, couché depuis un mois, affirme qu'il était la veille à 100 kilomètres, imagine des aventures extraordinaires, aux péripéties extravagantes.

La femme soignée par M. le Professeur Abadie, consciente de son amnésie, voulait la cacher. Elle voyait souvent une étudiante qui prenait son observation : l'instant d'après, le souvenir de la visite avait complètement disparu. Quant on lui

en parlait la malade s'écriait : « Ah oui ! cette jeune fille au chapeau Directoire, elle portait une robe bleue, des bas de soie gris », etc. Tous ces détails inexacts représentaient de pures fictions.

Pareils exemples abondent.

Sans être absolument pathognomonique, la fabulation possède une réelle valeur. Les illusions, les fausses reconnaissances s'y rattachent. Les Korsakoviens construisent ainsi un roman, presque à leur insu. Discernant mal le rêve du réel, ils ont tendance à situer les gens qu'ils voient dans le milieu féerique, où se complaît leur imagination débridée. Débridée, mais appauvrie : car toutes les histoires inventées sont construites sur le même modèle, les combinaisons manquent de variété.

Les malades eux-mêmes ne se reconnaissent pas toujours dans la trame embrouillée de leurs élucubrations gratuites.

Telle quelle, avec l'inévitable affaiblissement causé par la psychose, le squelette de la puissance inventive conserve donc une certaine activité. L'imagination emprunte ses trouvailles au capital ancien, à ses propres ressources d'improvisation, à la suggestion étrangère ; peut-être enfin à des apports de souvenirs fixés dans l'inconscient.

C'est l'hypothèse de Korsakoff, et ce point nous amène à l'étude du mécanisme mental invoqué dans la genèse des troubles analysés jusqu'ici.

Pathogénie des troubles psychiques.

Triples sont, d'après Ribot, les opérations de la mémoire : les impressions sont fixées, puis conservées, et évoquées ; on y ajoute la localisation des souvenirs.

L'une ou l'autre de ces opérations peut être abolie.

L'amnésie est dite de *fixation*, si les impressions traversent les centres psychiques sans y creuser d'empreinte.

Une trace légère a-t-elle été dessinée, qui bientôt disparaît,

comme une feuille chiffonnée, perd ses plis : amnésie de *conservation*.

Enfin le souvenir endormi ne peut plus être réveillé au moment opportun : c'est l'amnésie d'*évocation*.

Ou bien encore, même évoqué, il n'est plus rapporté à la tranche de vie où il devrait prendre place : amnésie de *localisation*.

Libéré de ses associations, il cesse d'être agrégé à la personnalité (Claparède) : l'amnésie se nomme d'*assimilation*.

Quelle forme des maladies de la mémoire rencontre-t-on dans la psychose de Korsakoff ? Le problème ne semble pas comporter de solution précise.

Rouillaud en 1884, dans un travail sur les amnésies toxiques n'admettait pas l'existence possible d'une amnésie de conservation : « La mémoire conserve éternellement les impressions reçues. Si certains faits semblent en être sortis, il n'en est rien ; la conservation est complète, tant qu'il n'y a pas destruction des centres ; ce qui est perdu momentanément, c'est la faculté de reproduire. »

Dans le cas présent, y a-t-il absence de fixation, ou défaut de reproduction ?

Korsakoff croyait à la possibilité d'une faible fixation d'impressions qui, au premier abord, paraissaient avoir effleuré les centres sans s'y graver. Ainsi s'expliquerait, après guérison, le retour progressif de quelques faits récents, de certains noms et images, ilots vagues émergeant peu à peu de la mer subconsciente.

Au début isolé ces détails récents s'associent ensuite en un ensemble chaotique où le convalescent discerne mal « un souvenir d'un fait réel, d'une fantaisie ou d'un rêve ».

Puis le retour à la normale s'accroît, et la lacune se comble par la coordination de ces souvenirs, et leurs associations.

Cette faible fixation inconsciente, conservée pendant sa maladie, influencerait, d'après Korsakoff, sur le jugement du psy-

chopolynévritique et rendrait compte de la sagacité dont il se montre capable.

Le maître de Moscou signale que, même à la période d'état, un de ses sujets sut enfin reconnaître et sa qualité de médecin et surtout l'électricité employée dans son traitement et qu'il ignorait jusque-là. Notre malade après plusieurs mois a pu appeler le professeur Abadie par son nom.

Avec prédilection, la mémoire des Korsakoviens semblerait fixer le souvenir des sentiments et des états affectifs. Après guérison, ils nourrissent soit de la sympathie, soit de l'antipathie pour certains membres de leur entourage, soutient Korsakoff qui ailleurs mentionne tel malade (et c'est la norme) qui oubliait une douleur cinq minutes après l'avoir éprouvée !

L'explication n'est donc pas en tout point acceptable. Tant il est vrai qu'une hypothèse univoque paraît impuissante à rendre intelligibles tous les phénomènes cliniques.

Après Richet, Korsakoff a tenté d'élucider les particularités de cette amnésie lacunaire, par des considérations physiologiques : « La fixation est une propriété physiologique ; l'impression détermine une vibration dont la durée et l'intensité mesurent la force de l'impression fixatrice. Certains poisons, alcool, opium diminuent la fixation, d'autres l'augmentent. La fixation est d'autant plus forte que les impressions sont plus associées, et les éléments nerveux plus excitables. Inversement, la désorganisation des voies d'association provoquerait la difficulté : de la fixation d'abord et de la reproduction ensuite. »

Sur ce sujet, la physiologie en est réduite à des hypothèses grossières. Pour comprendre l'amnésie antérograde du syndrome, il sied d'avoir recours à la loi psychologique de Ribot, qui s'énonce ainsi : « La destruction progressive de la mémoire subit une marche logique. Elle descend de l'instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents qui, mal fixés, rarement répétés et par conséquent faiblement associés, représentent l'organisation à son état le plus faible.

Elle finit par cette mémoire sensorielle qui, figée dans l'organisme, devenue partie de lui-même ou plutôt lui-même représente l'organisation à son état le plus fort. »

Point n'est besoin de commentaires : l'abolition des souvenirs récents dans le syndrome de Korsakoff et la conservation des souvenirs anciens deviennent compréhensibles. Les premiers étaient instables, les derniers sont stables.

Dans certains cas où les impressions ont été faiblement fixées, une certaine excitation pourrait, selon Korsakoff, provoquer leur rappel subconscient ou subliminal. Sans arriver à la lumière de la conscience, ces impressions gouverneraient le jugement et la conduite du malade.

Cette explication fournie par le savant russe n'est qu'une hypothèse. L'inconscient, appartenant au domaine de « l'intellection confuse » (Benda), il semble présomptueux de prétendre en tirer des idées claires ; il échappe à notre emprise.

Un psychologue de la force de Marcel Proust demande, en toute bonne foi, ce que peuvent être des souvenirs inconscients. Qu'il en existe ou non, dans la psychose de Korsakoff, un fait est démontré : la désorganisation de la mémoire, dans un ordre à peu près immuable ; les souvenirs récents s'effacent d'abord, puis les événements anciens, ensuite les habitudes, et enfin disparaît la trace des émotions et des sentiments.

Ayant frappé les diverses mémoires, le processus psychopolynévritique lèse plus ou moins les autres facultés ; les conséquences nous en sont apparues. Nous avons vu le malade, amputé de ses souvenirs récents, exercer avec originalité son jugement et son imagination dont l'activité s'appuie sur le capital de souvenirs encore conservés. Que ceux-ci disparaissent à leur tour, la substance des raisonnements et des fantaisies venant à manquer, il en résulte la confusion et l'obnubilation intellectuelles qui dominent dans les cas graves et qui mènent parfois à la démence.

Les hallucinations, l'agitation nocturne, le délire souvent observés, relèvent moins directement de l'amnésie. Ces symptô-

mes doivent être rattachés à la toxi-infection, génératrice du syndrome. Ils se montrent d'ailleurs avec plus de netteté dans certaines formes qu'il reste à envisager.

Modalités cliniques.

Loin que le syndrome présente toujours un tableau aussi classique, il affecte au contraire une variabilité considérable.

Déjà Korsakoff, à côté de la *forme amnésique* déjà décrite, la plus caractéristique et la plus fréquente, en signalait deux autres : la forme *faiblesse irritable* ou anxieuse, et la forme *confusion mentale* avec hallucinations (cette dernière fort rare).

Les observations ultérieures ont révélé des modalités nouvelles. Soukhanof y consacrait un article en 1897.

Nous nous en référons à l'énumération exposée dans le *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet, par Dupré pour qui les psychopolynévritiques sont surtout des amnésiques, mais peuvent être des anxieux, des agités, des délirants hallucinés, des confus, ou même ressembler à des déments.

Nous avons tenté d'établir comment, de l'amnésie, facteur primordial, dérivait les signes de confusion (avec l'air, le regard hébété et l'habitus classiques) et les symptômes d'un amoindrissement démentiel, si le syndrome s'aggrave et se prolonge. Il est inutile d'y revenir.

L'anxiété, le délire, les éléments confusionnels parfois observés ne présentent aucun caractère typique ni même original. L'onirisme, les hallucinations, les délires divers (de persécution ou autres) doivent être rapportés au processus toxique ou infectieux sur lequel est entée la psychose de Korsakoff, laquelle aux yeux de Ballet apparaît comme « la superposition d'un délire onirique, d'une durée variable à un fonds constant d'amnésie totale et durable ».

Les termes de forme anxieuse, délirante, agitée, etc. désignent seulement la prédominance de tel ou tel symptôme dans le système, où les caractères mentionnés entrent tous, en propor-

tion variable. Sous le signe le plus manifeste qui désigne l'ensemble du syndrome, on peut trouver latents les autres éléments de la psychopolynévrite. Une forme peut être étiquetée : psychose anxieuse ; si l'anxiété recouvre une amnésie typique, avec intégrité du jugement et fabulation, la psychose doit cependant être dite korsakovienne. La saillie de certains traits peut déformer le complexe clinique ; elle n'en brise pas l'unité.

Mais les modalités du syndrome de Korsakoff représentent des difficultés susceptibles d'égarer le diagnostic. Leur gradation depuis la variété amnésique jusqu'à la forme démentielle, en passant par le délire, l'anxiété et la confusion, figure une échelle traduisant la gravité croissante de l'affection.

Oserons-nous faire observer que le mot de forme confusionnelle sous la plume de Dupré nous semble quelque peu choquant ? Comme Régis, Ballet et la majorité des Français, Dupré ne voit, dans le syndrome mental de Korsakoff qu'un dérivé à peine anormal de la confusion mentale. Quand ces auteurs décrivent ensuite une forme confusionnelle de ce syndrome forme lui-même de la confusion mentale, l'évidence est telle qu'on en fait abstraction, pour s'arrêter à la pure tautologie de la dénomination. Vrai cliniquement, le terme est permis à Korsakoff ; grammaticalement il doit être refusé à Dupré.

Mais cette remarque touche à un point de nosographie. Avant d'y revenir, il sied de compléter l'exposé du tableau symptomatique, par un rapide aperçu de l'élément polynévrite.

Symptômes polynévritiques.

Que le syndrome psychique de Korsakoff constitue une variété de confusion mentale, soit : de bons auteurs l'admettent et ce n'est pas le lieu d'en disputer. Mais, à la confusion s'adjoint une atteinte du système nerveux périphérique.

Dans la majorité des cas, la psychose se double en effet d'un polynévrite. Suivant le mot de Dupré, la lésion du né-

vraie est « bipolaire ». Les deux pôles souffrent simultanément encore qu'à des degrés tout à fait divers.

Le plus souvent on voit apparaître les attributs d'une poly-névrite : des troubles sensitifs, moteurs, réflexes, trophiques, circulatoires, voire même sphinctériens ou sensoriels.

La sensibilité suivant le cas, est abolie (anesthésie) ou émoussée (dysesthésie) ou exaltée (hyperesthésie) ou perversie (paresthésie).

Maladresse, parésie, paralysie, ataxie expriment les désordres croissants de la motricité.

Les réflexes profonds en général disparaissent. Westphal a cependant noté un cas d'exagération. Les réflexes superficiels acquièrent une grande vivacité.

L'atrophie des muscles témoigne des troubles apportés à leur nutrition ; l'œdème, le refroidissement, la cyanose indiquent que la circulation n'est pas normale.

Castaigne et Sainton ont publié un cas compliqué de troubles sphinctériens. C'est une rareté clinique ; en général l'intégrité des sphincters est absolue.

Les désordres sensoriels (scotome central, ou ophtalmoplégie) constituent aussi des exceptions.

D'ordinaire localisée aux membres inférieurs, la névrite peut se généraliser. Trenel a observé un exemple de participation bulbaire. Des tétraplégies ont été signalées.

La polynévrite du syndrome de Korsakoff manifeste tous les caractères banaux de toute polynévrite ; nous croyons inutile de nous y arrêter davantage.

Les rapports avec le complexe mental dans l'association d'où naît le syndrome, exigent quelque attention.

Korsakoff ayant reconnu la prépondérance à la psychose dans le syndrome psycho-polynévritique, il semblerait que celle-ci doive toujours être plus accusée que la névrite. Il en est ainsi dans la majorité des cas, mais non dans tous les cas. La lecture de vingt observations prises au hasard, montre la multitude des possibilités réalisables. Parfois on constate l'association à une polynévrite grave, de troubles mentaux

très légers. Bien avant Korsakoff, les désordres intellectuels accompagnant les névrites avaient été étudiés. Mais la combinaison d'une psychose grave à des lésions névritiques minimes demeure la norme.

C'est au point que plusieurs auteurs, surtout Allemands (Monkemoller, Kaplan, Luckerath, Meyer et Rœcke) ont décrit des cas de psychose polynévritique sans névrite.

Nous n'avons pas trouvé d'observations similaires (peut-être en existe-t-il) dans les héritiers russes de la pensée de Korsakoff. Soukhanoff et Orloff ont dit : « trouble très prononcé de la mémoire » dans une circonstance où les symptômes mentaux étant typiques, les troubles proprement nerveux demeuraient contestables.

Faut-il de ce chef répudier comme étrangers au syndrome les cas où les signes de polynévrites sont inexistants, ou ce qui revient au même, si atténués ou si tardifs qu'on les a méconnus ?

Nous ne le pensons pas. Si le syndrome, dans toute sa pureté, doit reposer sur une double assise mentale et polynévritique, les phénomènes psychiques, avec l'atteinte élective de la mémoire, l'intégrité du jugement et la fabulation, conservent à eux seuls assez d'originalité pour mériter la dénomination de syndrome de Korsakoff. D'ordinaire psychopolynévritique, ce syndrome peut à la rigueur être simplement psychosique.

La gravité respective des éléments du syndrome de Korsakoff se montre donc variable. Non moins variables sont leurs relations dans la durée : tantôt paraît d'abord la polynévrite ; tantôt les troubles mentaux la précèdent. Ils survivent aux phénomènes nerveux et s'aggravent, tandis que ceux-ci régressent. Parfois c'est l'inverse.

Cette question de durée amène à toucher un mot du cycle évolutif de l'affection.

Modalités évolutives.

Le grand nombre de ses formes cliniques permettait de pressentir les bizarres caprices de son évolution, et les degrés divers de sa gravité.

La marche est, en effet, loin d'être constante. Certains cas aigus décrits par le savant moscovite débutaient, avec fracas, par une fièvre vive, de la courbature et des vomissements, que d'abord on considéra, à tort, comme un symptôme initial constant. On peut seulement affirmer que le syndrome de Korsakoff vient toujours se greffer sur un état général défectueux. D'autres malades entrent dans la psychose, lentement, par des troubles progressifs de la mémoire, puis du caractère, se compliquant d'hallucinations, d'onirisme ou d'excitation. Les divers symptômes apparaissent un peu au hasard pour constituer le syndrome complet et donner au malade, suivant le cas, l'apparence d'un amnésique (ce qui est la règle) ou d'un maniaqué, ou d'un confus, ou d'un dément si le déficit est profond et global.

En général, les troubles de la mémoire, les premiers en date, régressent les derniers.

Que leur disparition précède ou suive celle de la polynévrite, Sollier considérait sa lenteur comme un caractère particulier de la psychopolynévrite.

D'après ses observations personnelles, Korsakoff assignait aux formes moyennes une durée de trois ou quatre mois. Certains cas heureux guérissent plus vite; d'autres graves, entraînent une mort rapide, ou, passant à la chronicité, amènent une véritable déchéance intellectuelle et un effondrement de la personnalité.

En dehors de ces deux issues possibles, guérison complète ou incomplète avec persistance d'un trouble de la mémoire, d'idées fixes ou délirantes ou d'un affaiblissement du jugement, on peut sortir de la psychopolynévrite par la démence, s'il s'agit de gens âgés, psychopathes, ou intoxiqués. Enfin

la mort est le partage des korsakoviens tuberculeux, hépatiques, rénaux, ou typhiques.

Mais la plupart des cas demeurent curables. Un pronostic autorisé de l'évolution doit être fondé sur la gravité du syndrome en soi, variable suivant l'âge du sujet, l'état de ses reins, de son foie et de son système nerveux (tous organes dont la résistance est fonction des antécédents); il doit aussi s'inspirer d'une double série de considérations tirées de l'étiologie et de l'existence des *associations morbides*.

Formes étiologiques.

Le syndrome de Korsakoff relève de causes diverses.

En étudiant l'amnésie chez les alcooliques frappés de polynévrite, Charcot attirait l'attention sur l'importance de l'alcool, dans la genèse de la psychose polynévritique. En 1893 Strauss soutint que cette importance aurait échappé à Korsakoff. Tilling au contraire aurait reconnu toujours l'influence de l'alcool. Assertion inexacte: il eût fallu dire que le professeur moscovite ne rendait pas l'abus des boissons seul et exclusif responsable de tous les cas observés. Si parmi les 9 exemples de Korsakoff rapportés dans la thèse de M^{lle} Liberman, aucun n'est buveur, les observations du maître relatées dans la *Revue Philosophique* appartiennent toutes à des éthyliques.

Korsakoff (qu'il ne faut pas hâtivement accuser d'avoir écarté l'élément causal alcoolique, pour donner à sa description plus d'originalité) avait vu que les excès de ce genre ne doivent pas être seuls incriminés.

Le nombre forcément restreint de ses observations personnelles lui avait permis de conclure que, à la base de la psychopolynévrite, peut figurer n'importe quelle infection ou intoxication.

Peut-être la fréquence si grande de l'étiologie alcoolique est-elle mieux apparue plus tard. Suivant Dupré les 3/5 des

sujets atteints ont abusé du vin, de l'absinthe ou des spiritueux. Cause unique dans bien des cas, l'alcool devient parfois un simple appoint : ainsi dans certaines associations avec la tuberculose. Souvent même il manque. Alors interviennent les poisons les plus variés : tabac (Buccelli) oxyde de carbone (Truelle et Petit), plomb et mercure, morphine (Marchand), arsenic (Raymond).

En vérité, ces empoisonnements exogènes représentent des raretés : aux infections, en particulier à la tuberculose revient une part plus importante dans la genèse de la psychopolynévrte. Depuis le premier cas noté en 1900 dans la *Revue neurologique* par Anglade, les exemples de syndrome d'origine bacillaire se sont multipliés. Laignel-Lavastine a publié une observation, où syphilis et tuberculose concouraient à déterminer la psychose de Korsakoff.

Nombre d'autres maladies infectieuses ont été signalées : typhus, typhoïde, entérites, dysenterie, choléra, et surtout infections puerpérales.

La thèse Rapoport réunit 31 cas survenus pendant la grossesse ; d'autres ont paru dans des revues anglaises.

La grippe, le paludisme (Hesnard), le béribéri (Nina Rodriguez), la pellagre (Righetti), la lèpre (Beurmann, Gougerot), l'encéphalite léthargique (Chimenko, Hesnard), la chorée rhumatismale (Arsimoles), la syphilis cérébrale (Rœhmeld, Meyer et Bœcke) ont été accusés.

Meyer, Karberlah, Giannuli et Benon ont tour à tour rapporté des cas d'origine traumatique ; ils demeurent exceptionnels.

On doit surtout incriminer les intoxications endogènes les plus diverses : vomissements incoercibles de la grossesse, rupture de grossesse extra-utérine (Soukhanof, Orlof, Serbsky, Lapinsky), cachexie cancéreuse, diabète, etc. Mais c'est l'empoisonnement par insuffisance hépatique ou rénale qui semble le plus puissant générateur du syndrome de Korsakoff. Juquelier et Perpère, Laignel-Lavastine, Arsimoles et Halberstadt ont étudié des psychopolynévrites avec insuffi-

sance hépatique, Dupré et Camus, signalé la coexistence de la psychose avec une cirrhose et du purpura. La coïncidence de l'affection avec la cirrhose a été notée par Pic et Bonnamour, par Donnet, et surtout dans la thèse de Photiadès.

Les troubles hépatiques concomitants peuvent aller jusqu'à l'ictère grave (Hudelo, Ribierre, Séglas et Strœhlin).

Dupré a vu survenir le syndrome de Korsakoff chez une femme sobre et bien portante à qui on venait d'apprendre l'infidélité de son époux. L'origine était ici morale; elle peut même rester inconnue (Dupré) : les troubles de l'état général sont alors seuls en cause.

Ainsi donc la psychopolynévrite dépend soit d'une intoxication exogène ou endogène, d'une infection quelconque, voire même d'un traumatisme ou d'un choc émotionnel.

Le tableau clinique se trouve par là compliqué; il est, de plus, souvent chargé d'appositions diverses.

Associations morbides.

On a vu le syndrome de Korsakoff associé à la Paralyisie générale (Deroubaix), à la syphilis cérébrale (Chaslin-Portocalis), à l'érysipèle (Serbsky et Pétrof Lwof et Féret), à la mélancolie (Stevens, Trenel, Liberman), à une tachycardie permanente (Dupré, Leblanc), à la polcy-encéphalite de Verniéke (Lasse), à une lymphocytose céphalo-rachidienne (Achard, Dupain, Lerat), à des foyers corticaux hémorragiques (Hütner), à des tumeurs (Bonnet, Trenel, Monkemoller, Kaplan).

Depuis les travaux originaux de Korsakoff, c'est l'étiologie de la psychose qui a suscité le plus grand nombre d'études.

Notre énumération ne nourrit pas la prétention d'épuiser le sujet : elle montre seulement la multitude des combinaisons possibles.

Quand plusieurs conditions étiologiques coexistent, il

devient difficile de déceler la part de la cause principale et celle des influences accessoires : la même maladie pouvant être cause ou complication.

Des connaissances pathogéniques précises fixeraient sur ce point ; nous verrons plus loin que la question demeure litigieuse.

En tout cas, un syndrome de Korsakoff, compliquant une tuberculose évolutive ou un ictère grave, diffère cliniquement d'un syndrome enté sur un passé d'alcoolisme chronique. La multiplicité des causes et le nombre des associations morbides justifie donc notre remarque touchant la variabilité du pronostic.

Une toxi-infection étant donnée, certaines conditions prédisposent à la psychopolynévrite : l'âge, le sexe, l'hérédité neuro-psychopathique, le surmenage, l'inanition. Encore que ces trois derniers facteurs manquent souvent, on conçoit l'appoint qu'ils peuvent apporter, le terrain qu'ils créent, propice à l'éclosion de la psychose, en diminuant la résistance organique.

La prédilection pour l'âge adulte, inexplicable par cette considération, dépend de la fréquence, à cette époque de la vie, des toxi-infections diverses. Des dérogations (dont le cas de Chartier chez une alcoolique de 63 ans) ont été signalées à cette règle, qui dans l'ensemble demeure vraie.

La statistique de Soukhanof, en 1904, portant sur 200 exemples, admettait que la psychose frappe l'homme entre 40 et 50 ans, la femme entre 35 et 40 ans ; la raison de cette différence d'âge nous échappe.

Ces auteurs il est vrai soutenaient la fréquence plus grande de l'affection chez l'homme, à l'encontre du plus grand nombre (Korsakoff, Liberman, Potel, Chancellay) qui la considéraient comme plus spéciale au sexe féminin.

Pourquoi ? Après Babinski, Photiadès croit en trouver l'explication dans un triple fait : la femme est d'une susceptibilité nerveuse plus grande ; l'homme travaille (entend-on par là qu'il se désintoxique ?) ; l'homme se soigne plus vite.

Devos rejette ces trois allégations, qui ne constituent pas des trouvailles.

En somme, ici règne l'incertitude. Ce n'est pas la seule obscurité du syndrome ; la pathogénie nous en réserve d'autres.

Pathogénie.

L'effort de nombreux auteurs n'a pas encore soulevé tous les voiles qui nous dérobent la pathogénie du syndrome de Korsakoff.

Dès le début le *privat docent* de Moscou (la dénomination *cerebropathia psychica toxhemica* en fait foi) avait incriminé l'élément toxique auquel se ramènent, en dernière analyse, l'infection comme l'intoxication. La multitude des origines, parfois très dissemblables, de l'affection exigeait qu'on admit un principe commun à toutes : la circulation des poisons dans l'organisme.

La toxhémie reconnue, restait à caractériser son mode d'action sur les organes d'abord, sur les deux pôles du névraxe ensuite.

Frappé par la fréquence de l'étiologie puerpérale et intestinale, Korsakoff admit le rôle de ptomaines hypothétiques lancées dans le sang. Le mot et la chose étaient vagues ; ils le sont demeurés.

Cependant les théories pathogéniques se sont enrichies.

Les empoisonnements aigus ou chroniques, relevés à la base du syndrome, ont amené certains auteurs, dont Raymond, à supposer une action directe, sur le système nerveux central et périphérique, de poisons divers (alcool, arsenic, plomb, oxyde de carbone) introduits dans l'organisme.

Enfin on a reconnu une part plus importante aux principes toxiques fabriqués par l'économie, soumise à des toxi-infections. On se rapproche ainsi de la conception première de Korsakoff.

Selon Soukhanof, l'alcoolisme ou tout autre empoisonnement chronique, et les maladies septiques « paralyseraient les fonctions du foie et développeraient la production de substances nocives mises en liberté dans le torrent circulatoire ».

En somme, minéraux ou organiques, exogènes ou endogènes, les poisons susciteraient la psychose « par l'intermédiaire de l'insuffisance hépatique ou rénale » (Dupré).

Klippel appelait le syndrome un « accident paralcoolique » dans un article intitulé *Délire et intoxication hépatique* publié en 1897. Dès 1892 il avait étudié sous le nom de « folie hépatique » les troubles mentaux liés au fonctionnement défectueux du foie. Plus récemment, la plupart des auteurs (Arsimoles, Halberstadt, Dupré, Photiadès), touchés par la coïncidence fréquente avec la psychose de Korsakoff, de la cirrhose ou de l'insuffisance hépatique, ont confirmé l'opinion de Klippel sur l'importance de l'auto-intoxication hépatique.

Cette importance semble donc reconnue. Pas unanimement toutefois.

Laignel-Lavastine a prétendu distinguer le syndrome de la confusion mentale, par des arguments cliniques et histologiques : le syndrome de Korsakoff pur ne comporterait pas de troubles hépatiques ; la confusion se compliquerait au contraire de cirrhose et d'insuffisance du foie.

Quelle conclusion tirer de ces faits ?

Les troubles du foie, concomitants avec la psychopolynévrite, servent souvent d'intermédiaires entre cette affection et les maladies causales ; mais il serait téméraire de généraliser hâtivement cette notion. Aurait-on en effet trouvé des signes d'insuffisance hépatique dans les cas où la psychose était attribuée au tabagisme, à l'érysipèle, à la grippe, à plus forte raison quand elle relevait d'un trauma ou d'un choc moral ?

L'impossibilité d'embrasser toutes les observations dans une explication univoque apparaît donc nettement et l'on doit ranger les générateurs du syndrome sous la triple rubri-

que : microbes, poisons introduits dans l'organisme, ou poisons fabriqués par lui.

Qu'il lèse ou non le rein et le foie, le toxique s'attaque en dernier lieu au système nerveux. Quelles relations pathogéniques existe-t-il entre son action sur le pôle périphérique d'une part, et d'autre part sur le pôle cérébral du névraxe ? On a beaucoup discuté sur ce sujet.

On prête d'ordinaire à Korsakoff des idées erronées : la psychose serait fonction de la polynévrite, les troubles intellectuels représenteraient une simple traduction, une pure conséquence de la souffrance des nerfs. Telle est la conception qu'on lui impute.

Nous n'avons pas trouvé cette théorie dans les écrits du savant moscovite. Korsakoff parle au contraire dans maints passages, d'une association, d'une coïncidence de troubles mentaux et polynévritiques, nullement d'une relation de cause à effet entre la polynévrite et la psychose.

Bien plus, le syndrome de Korsakoff n'est pas la psychose de la polynévrite : des névrites multiples peuvent se doubler de psychoses très variées (1). Pour qu'il y ait syndrome de Korsakoff il faut l'adjonction, à une polynévrite, du complexus mental particulier que nous avons décrit. Toute atteinte bipolaire du névraxe, respectant l'étymologie on pourrait même ajouter : toute psychopolynévrite ne constitue pas un syndrome de Korsakoff.

Parallèle ou successive, la souffrance des centres et des nerfs doit être envisagée comme distincte ; les deux pôles expriment avec indépendance leurs lésions. Troubles psychiques et polynévrite représentent, les effets isolés d'une cause unique, les deux faces, l'une psychologique, l'autre physiologique, d'un même processus. Ce processus toxi-infectieux

Cristiani a décrit chez des aliénés de toute catégorie des névrites multiples, De même, Abadie, Detges et Desqueyroux n'ont pas étiqueté syndrome de Korsakoff, un cas de troubles mentaux avec polynévrite survenue après une injection de 606.

demeure encore bien obscur, et il ne semble pas que l'histologie soit près de l'élucider.

Anatomie pathologique.

Après Ballet et Faure, nombre d'auteurs ont étudié le substratum anatomique du syndrome de Korsakoff. Leurs travaux ne comportent pas de résultats définitifs.

A l'œil, on ne trouve d'ordinaire rien d'anormal : les hémorragies cérébrales, les ramollissements, les tumeurs (Chorosko, Bonnet, etc.) paraissent le fait de complications. La stéatose du foie, les lésions viscérales dégénératives manquent d'originalité.

Au microscope, les nerfs présentent parfois de la névrite parenchymateuse. Quant au cerveau, il peut se montrer vierge de toute lésion. S'il existe des désordres matériels : tuméfaction et déformation des cellules pyramidales, chromatolyse centrale, migration nucléaire, ils ne sont pas typiques. Très inconstants, ces caractères ne possèdent pas grande valeur. Suivant Ballet la cellule peut être troublée dans sa fonction avant de l'être dans sa structure et sa morphologie.

L'absence de modifications spécifiques ne constitue pas un argument contre la valeur du syndrome. Les lésions histologiques ne paraissent pas devoir servir de base à une classification en pathologie mentale, où c'est sur les signes cliniques que repose le diagnostic.

DIAGNOSTIC

Reconnaître la psychopolynévrite est parfois facile. Lui assigner une place dans le cadre nosographique représente une tâche plus ardue.

Les problèmes que soulève la discrimination du syndrome de Korsakoff sont fort nombreux à cause de son polymorphisme. Sous la broderie de ses modalités multiples, le dessin général de l'affection devient parfois méconnaissable.

Le syndrome typique, avec amnésie spéciale, intégrité relative du jugement, et fantaisies imaginatives, ne prête guère, à confusion si la réunion des troubles mentaux et polynévritiques éclate chez une femme adulte et alcoolique.

Précisant le mode d'apparition du syndrome, ses rapports avec l'infection ou l'intoxication antérieures, il sied, suivant le précepte classique, d'asseoir le diagnostic « sur l'analyse des symptômes, leurs relations et leur évolution ».

La cause, nous l'avons vu, échappe parfois.

Le plus souvent on découvre une origine alcoolique qui se déduit des antécédents du malade, de la nature un peu spéciale des signes psychiques (zoopsie, visions terrifiantes ou physiques : tremblement, facies).

Leséro-diagnostic révèle une septicémie éberthienne latente.

L'analyse des urines peut déceler une insuffisance hépatique (glycosurie alimentaire, oligurie, hypo-azoturie) ou rénale ou un diabète latent.

Ce diagnostic étiologique, important pour le traitement, présente un intérêt doctrinal moindre que le diagnostic des formes cliniques. Il offre aussi beaucoup moins de difficultés.

De l'aveu même des servents de son autonomie (Soukha-

nof et Orlof) la maladie semble bien mal délimitée; elle s'écarte du type classique, exposant ainsi à de lourdes erreurs.

L'existence d'une polynévrite constitue un excellent signe. Mais cette polynévrite, qui, dans la forme grave dite pseudotabétique, simule le tabès par les désordres ataxiques et le signe de Romberg, peut se montrer très légère et même atténuée, au point de n'être pas découverte sans minutieuse recherche. Qu'elle soit absente ou échappe aux investigations le syndrome mental reste alors seul, qui avec ses nuances variées présente des tableaux cliniques difficiles à homologuer.

Forme amnésique.

L'amnésie représente la pierre angulaire du syndrome de Korsakoff; il s'en faut qu'elle lui soit spéciale. Les troubles de la mémoire sont trop banaux pour être pathognomoniques d'une affection mentale; ils peuvent résulter de causes traumatiques, toxiques ou organiques (Sollier).

Après un choc sur le crâne, on voit souvent survenir des lacunes du souvenir, affectant toute la tranche de la vie postérieure au trauma. Ces lacunes se combleront peu à peu par l'aptitude à fixer d'abord les sensations simples, puis les perceptions. Tout comme dans le syndrome de Korsakoff on a donc le tableau d'une amnésie de fixation. Là s'arrête la ressemblance. Dans la psychose polynévritique, l'amnésie s'accompagne d'altérations des nerfs périphériques. De plus et surtout c'est un symptôme qui n'acquiert sa vraie valeur qu'associé aux autres caractères du syndrome : la fabulation de suppléance et l'intégrité du jugement.

Ce dernier phénomène revêt une importance considérable car la commotion cérébrale entraîne en général des troubles profonds de toute l'activité mentale. L'amnésie traumatique régresse aussi plus vite que l'amnésie korsakovienne. Enfin dans la psychopolynévrite, le diagnostic est facilité par la notion d'antécédents toxi-infectieux. Mais il n'en est pas toujours ainsi,

et comme on a décrit d'une part des « formes rudimentaires du syndrome » (Weber) sans polynévrite nette ni troubles mentaux précis et d'autre part des syndromes de Korsakoff d'origine traumatique, on voit la source de confusions possible. La prudence semble donc conseiller de n'étiqueter « Syndrome de Korsakoff traumatique » que les cas où aux caractères psychiques : amnésie de fixation, intégrité du jugement, et fabulation, s'adjoignent des troubles polynévritiques.

Les troubles de la mémoire d'origine organique s'observent dans les démences paralytiques et séniles. Nous nous réservons d'y revenir au paragraphe consacré au diagnostic de la forme démentielle de la psychopolynévrite. Symptôme sans originalité, l'amnésie ne doit pas être considérée en soi, mais dans sa combinaison avec les autres troubles mentaux. Dans la démence sénile par exemple, elle n'est qu'un des éléments d'un complexe caractérisé par le vide intellectuel, l'indifférence affective, l'apathie morale, l'automatisme psychologique (Ballet). Dans la paralysie générale ou la démence des vieillards, comme dans la psychose de Korsakoff elle peut être le premier trouble noté ou le plus manifeste. Dans les deux premiers cas elle recouvre un affaiblissement sous jacent. Dans le dernier cas elle masque une logique conservée.

Il est des cas où l'amnésie procède de causes toxiques ou infectieuses. La plupart des infections se compliquent de troubles mentaux où entre la désorganisation de la mémoire. Ici encore, l'amnésie doit être soigneusement étudiée en fonction des autres désordres psychiques, et rapportée soit à la confusion mentale soit à la psychopolynévrite d'après des nuances cliniques que nous verrons en discutant le diagnostic de la forme confusionnelle du syndrome de Korsakoff.

Quant à l'affaiblissement psychique résiduel avec amnésie, signalé par M. Verger et Hesnard en 1922 comme séquelle de l'encéphalomyélite épidémique, il rappelle tout à fait la psychose de Korsakoff dont il reproduit toutes les par-

ticularités sauf que « au lieu d'être évolutif et transitoire, cet état est devenu égal à lui-même et définitif » (Verger, Hesnard).

La morphine, l'opium et autres poisons produisent également une amnésie de fixation. Ici encore le trouble de la mémoire n'est qu'un des éléments d'un affaiblissement intellectuel profond et général.

Forme agitée.

Les Korsakoviens excités peuvent simuler la manie. Mais il leur manque le visage expressif du maniaque, sa physionomie colorée et mobile, son débit rapide et elliptique, la fuite des idées, l'élévation du ton de l'humeur.

De plus l'absence d'antécédents psychopathiques, la perte des souvenirs, les hallucinations, l'alcoolisme ou quelque toxi-infection antérieure, les troubles polynévritiques, tous caractères qui n'appartiennent pas à la manie, constituent des signes différentiels.

Forme anxieuse.

Par ses formes dépressives, la psychose de Korsakoff se rapproche de la mélancolie dont elle n'a pourtant pas la fixité la cohérence dans les manifestations expressives, dans les attitudes, le délire, et l'état sous-jacent de douleur morale. La notion des antécédents toxiques ou infectieux, les phénomènes névritiques concomitants, aident au diagnostic. Si ces éléments font défaut, la distinction repose sur ce fait que les désordres essentiels sont : dans la psychose de Korsakoff, des troubles de la mémoire ; dans la mélancolie, des troubles de l'affectivité.

Forme hallucinatoire et délirante.

La psychose hallucinatoire aiguë, les délires d'emblée des dégénérés de Magnan, la paranoïa aiguë peuvent s'apparenter au syndrome de Korsakoff.

Seules permettent d'éviter l'erreur, l'existence d'antécédents psychopathiques, l'absence des désordres toxi-infectieux antérieurs et de troubles polynévritiques. Certains cas ne se discernent qu'à l'évolution.

Quant au délire aigu et au *delirium tremens*, leur parallèle avec le syndrome est reporté au chapitre classification nosographique.

Forme confusionnelle.

Juste en soi, puisqu'elle exprime une vérité clinique, cette expression de forme confusionnelle, employée par certains auteurs (aux yeux de qui le syndrome de Korsakoff n'est qu'une confusion mentale) représente chez eux nous l'avons dit, une tautologie déconcertante.

Il semble que l'obnubilation, la stupidité observée dans les cas graves de la psycho-polynévrite reposent primitivement sur un trouble si prononcé de la mémoire que l'activité de toutes les facultés psychiques s'en trouve suspendue.

Tel n'est pas l'avis ordinaire. Confusion et syndrome de Korsakoff sont confondus par de nombreux auteurs français (Régis, Ballet, Dupré, Seglas etc.).

En clinique, on doit pourtant reconnaître que la confusion mentale diffère de la psychose de Korsakoff par l'absence d'un caractère contingent mais dont la valeur est énorme, la polynévrite. Que si on fait bon marché de cette polynévrite inconstante, les deux affections se séparent encore bien au point de vue psychiatrique pur, tout au moins dans leurs formes classiques. Par des nuances peut-être; ces nuances ont leur prix.

Les attributs de la confusion: air égaré, regard vague, facies étonné ou inexpressif, réponses incohérentes ne se retrouvent pas avec la même pureté chez le korsakovien. Le psychisme du confus est tombé dans sa totalité. Perceptions, mémoire, jugement, activité volontaire, sentiments: toutes les facultés sont inhibées.

Les troubles du psycho-polynévritique sont réductibles logiquement à un élément primitif et essentiel : l'amnésie.

Dans la confusion toute initiative intellectuelle étant abolie aucune suppléance, aucun substitutif fonctionnel n'est possible. Dans le syndrome de Korsakoff au contraire, lésé seulement dans sa mémoire, le malade fait appel au pouvoir vicariant de son imagination inventive ; il fabule, il construit. Le confus dont le trouble mental est profond et global se montre incapable de créer.

Nous avons vu Laignel-Lavastine tenter de dissocier la psychose de Korsakoff et la confusion par la constatation clinique et histologique de troubles du foie. Nous nous abstiendrons d'émettre un avis sur ce point.

Du reste si la distinction du syndrome de Korsakoff et de la confusion est aussi nette dans les cas classiques, il est de nombreux exemples de psycho-polynévrite où l'obnubilation et l'obtusion intellectuelles sont telles que toute discrimination devient impossible.

Cette remarque explique l'opinion des auteurs qui n'envisagent, au point de vue doctrinal, la psychose de Korsakoff que comme une simple variété de confusion.

Régis, Dide et Guiraut assignent aux deux affections les trois caractères communs suivants :

Une même origine toxi-infectieuse ;

Toutes deux sont la terminaison normale d'un état onirique ;

Entre la confusion classique et la psycho-polynévrite classique, tous les intermédiaires sont possibles.

Il est indéniable qu'il existe un élément confusionnel dans le syndrome de Korsakoff ; il peut être soit secondaire à l'amnésie, soit antérieur à elle. Suivant le cas, la psychose qui nous occupe est soit une confusion encore légère en train de s'installer, soit une confusion en train de régresser.

Mais de l'aveu de Dide et Guiraut dans la psycho-polynévrite, « l'amnésie est l'élément capital ; confusion et onirisme peuvent manquer ».

Mais alors qu'est-ce qu'une confusion sans confusion ?

Forme démentielle.

Mal délimité du côté de la confusion mentale, le syndrome de Korsakoff, s'il s'aggrave, devient difficile à discerner de la démence. Alors l'activité psychique ne semble plus seulement suspendue, mais affaiblie.

La forme démentielle de la psychopolynévrite peut simuler la paralysie générale ou surtout la démence sénile.

Avec la démence paralytique, un examen sérieux décele des différences d'ordre mental et physique.

L'air ahuri et maussade du korsakovien contraste avec le facies béat ou épanoui du paralytique général. Le korsakovien tâche de comprendre les questions qu'on lui pose; il ordonne ses pensées, il prononce bien. Le paralytique général se montre indifférent à tout ou bien euphorique; ses gestes saccadés, ses mouvements maladroits, sa parole trémulante et dysarthrique s'opposent à la lenteur et à l'hésitation du korsakovien.

Ces apparences dissemblables reflètent la diversité du fond mental dans les deux affections. Satisfait de lui-même, volontiers mégalomane, le dément paralytique ne souffre pas de son malheur. L'incohérence de ses pensées, la stupidité de ses raisonnements, son effondrement moral, les lacunes de sa mémoire : tous ces troubles lui échappent. Il n'en a pas conscience. Très pauvre au point de vue psychique, il se voit très riche de biens et d'honneurs.

Le psychopolynévritique respire l'anxiété ; il déplore son infériorité intellectuelle et redoute la perte de la raison ; car seule sa mémoire est gravement atteinte ; l'affaiblissement de ses autres facultés n'est que le corollaire de son amnésie.

Par contre l'amnésie du paralytique général représente seulement un des éléments et non le plus important d'un déficit global et progressif, et de l'effondrement de sa personnalité psychique et morale. « Elle résulte d'une destruction des matériaux psychiques. »

Les lacunes de la mémoire chez le korsakovien expriment au contraire l'impossibilité « d'agréger le présent au passé » (Claparède), l'impossibilité d'insérer les faits récents dans la trame des souvenirs.

Si ces signes mentaux manquent de netteté, les caractères organiques de la démence paralytique, l'évolution progressive, la recherche du Wassermann et de la lymphocytose céphalo-rachidienne viennent dissiper les incertitudes.

Quant aux cas exceptionnels, où la paralysie générale et le syndrome de Korsakoff se succèdent ou s'associent, il est impossible, affirme Dupré, de les interpréter clairement.

Forme chronique.

Assez souvent la psychopolynévrite passe à l'état chronique, et la discrimination devient alors difficile avec la démence des gens âgés. Ce diagnostic s'est posé pour la première fois en 1909, date à laquelle Chartier signala le syndrome de Korsakoff chez une alcoolique de 63 ans. Depuis lors, nombre d'auteurs ont tenté d'établir une relation entre la psychose qui nous occupe et la démence sénile.

La sénescence des cellules cérébrales, précipitée par diverses toxi-infections, frappant surtout les femmes après la soixantaine, produit en effet un tableau comparable à celui du syndrome de Korsakoff chronique.

Précédée ou non d'excitation ou de délire, cette démence trouble les diverses mémoires (fixatrice, évocatrice, verbale) le jugement, les perceptions, les représentations, aboutissant à une désorientation partielle et à des phénomènes dyspraxiques. Cet état est traversé d'épisodes confusionnels, causés par du brightisme ou une intoxication quelconque. La démence sénile entraîne comme désordre essentiel : l'incapacité à l'originalité dans les opérations mentales.

Le sénile est cristallisé; il ne peut plus rien produire de neuf; la rouille de la vie a frappé ses pensées. Sans doute la responsabilité partielle de ces troubles incombe à l'amnésie;

la mémoire est la condition nécessaire de tout psychisme.

Mais la souplesse de toutes les facultés est perdue ; il se produit suivant Dupré une diminution de « la valeur foncière » du vieillard.

Tandis que son intelligence s'est affaiblie, l'équilibre affectif du dément sénile s'est rompu : il se montre euphorique et tranquille, ou égoïste et hargneux. Son sens moral s'émousse, se pervertit et le vol, la salacité, souvent la pornographie, l'exhibitionnisme constituent ses moindres défauts.

Au physique, les troubles parkinsoniens ou pseudobulbaires et les signes splanchniques d'artériosclérose, manifestent les étapes vers la déchéance finale.

Divers substitutifs fonctionnels (Dide) masquent parfois cette évolution : c'est le puérilisme mental sénile de Dupré (fonction de la persistance des souvenirs anciens) ; c'est ce que Dide appelle la « persévération » ; c'est enfin la fabulation.

Plusieurs traits de ce tableau rappellent le syndrome korsakovien chronique. Toutefois, le début dans un âge avancé, la perversion morale, les troubles profonds du jugement, les phénomènes pseudobulbaires, l'absence de polynévrite et les signes de sclérose périphérique permettent en général de séparer la démence typique du syndrome de Korsakoff chronique.

En somme, chez le dément sénile, toutes les facultés mentales sont affaiblies parallèlement et dans la même proportion ; chez le psycho-polynévritique chronique, le psychisme est touché dans sa totalité, mais la mémoire est plus atteinte que les autres formes de l'activité intellectuelle.

Le diagnostic est, somme toute, aisé entre le syndrome de Korsakoff et la démence sénile classique. La maladie d'Alzheimer ou modalité de cérébro-sclérose agnoso-apraxique se reconnaît aussi sans grande peine. Bien plus délicate est la démarcation entre la psychopolynévrite chronique et la variété de démence artério-scléreuse dite presbyophrénique.

C'est à telle enseigne que des auteurs fort distingués, après

Dupré et Charpentier, Rose et Benon, Deny et Camus, ont assimilé les deux affections : « La presbyophrénie, a-t-on dit, serait comme une psychose polynévritique insidieuse et d'emblée chronique, consécutive à une polynévrite aiguë, avec syndrome de Korsakoff, ayant évolué vers la chronicité. »

Isolée, par Wernicke et Kalbaum, des psycho-polynévrites chroniques, la presbyophrénie évolue chez les vieillards et se manifeste par deux symptômes essentiels : l'amnésie de fixation et la fabulation.

Dupré soutenait l'existence d'une polynévrite qui aurait été méconnue.

Dide et Guiraut font observer que l'abolition du réflexe rotulien doit être rattachée, non à des troubles névritiques, mais à la « sclérose intrinsèque des cordons postérieurs », fréquente chez les vieillards.

Survenant à un âge avancé, avec une prédilection marquée pour la femme, la presbyophrénie conserve aux malades un air aimable, souriant, et une tenue morale pragmatiquement suffisante. A côté de phénomènes d'une intensité variable (désorientation, erreurs de jugement, etc.) deux caractères primordiaux demeurent : ce sont l'amnésie et la fabulation ; cette dernière à ce point importante que la presbyophrénie a reçu de certains le nom de *démence sénile fabulante*.

Après des discussions qui ne paraissent pas encore éteintes, on semble bien s'accorder aujourd'hui à dissocier la presbyophrénie et le syndrome de Korsakoff chronique. On revient ainsi à la conception initiale de Kraepelin et Wernicke. Ces auteurs assignaient à la presbyophrénie les signes différentiels suivants : loquacité considérable, turbulence, agitation surtout nocturne, gaité sans idée ni objet, prédominance des actes délirants la nuit. Les caractères différentiels capitaux consistent en des troubles mentaux plus profonds, en un appauvrissement intellectuel et un affaiblissement du jugement plus marqués que dans la psycho-polynévrite.

D'après Wernicke et Kalbaum le seul trait commun à la

presbyophrénie et à la psychose de Korsakoff était l'amnésie de fixation ; il faudrait y ajouter la fabulation.

Présentant, en 1909, un cas douteux, Rose et Benon résumaient ainsi l'observation : « Etat démentiel avec amoindrissement de toutes les facultés, portant surtout sur la mémoire, sans altération profonde du jugement ». Ce cas devrait être étiqueté syndrome de Korsakoff chronique ; il manifeste tous les attributs de cette affection.

Du reste Rose et Benon, qui tendaient à assimiler la démence sénile fabulante et la psycho-polynévrite chronique, reconnaissent que la ressemblance entre les deux psychoses n'était pas complète, puisqu'elles différaient par « l'étiologie, l'évolution, et les troubles polynévritiques ».

Chaslin concluait un article sur ces mots : « La presbyophrénie n'est qu'une forme de la démence sénile. Il y a donc des presbyophréniques qui présentent à la fois un syndrome de Korsakoff sans névrite et, sous-jacente, la démence. »

Nouet, de son côté, a combattu les idées de Dupré et Charpentier, et aujourd'hui Dide et Guiraut rattachent nettement la presbyophrénie à la démence sénile dont elle n'est qu'une modalité : la forme fabulante.

Le début de l'affection dans un âge avancé constitue une présomption en faveur du syndrome de Wernicke ; l'absence de polynévrite en fournit une autre ; les troubles accusés du jugement représentent presque une certitude.

Dide et Guiraut, se résumant en une brève formule, écrivent : « Chez les presbyophréniques le déficit est toujours plus profond qu'on ne croit. »

En sollicitant doucement la pensée de ces auteurs, et sans la forcer, on peut renverser cette affirmation et dire : « Chez les korsakoviens chroniques le déficit est moins profond qu'on ne le croirait de prime abord. Ils paraissent des déments ; ils sont surtout des amnésiques.

La confusion des deux syndromes de Wernicke et de Korsakoff aura eu le mérite de montrer qu'il n'existe pas entre eux de cloisons étanches. La délimitation, paraît au con-

traire très délicate, de ces deux affections entre lesquelles se voient des transitions insensibles.

Classification nosographique.

La multitude de ses aspects cliniques, a révélé la complexité de la psychose de Korsakoff.

Quelle place assigner en psychiatrie, à une affection responsable d'accidents aussi variés, allant depuis la simple amnésie avec fabulation jusqu'à l'affaiblissement général de toutes les facultés, en passant par l'onirisme et la confusion mentale ?

La question nous semble plus doctrinale que pratique. Dupré pensait que le *delirium tremens* et le *délire aigu* représentaient les formes diverses d'une même affection que la psycho-polynévrite. « On y trouve, écrit-il même étiologie, même pathogénie, mêmes lésions, mêmes symptômes, même évolution, même thérapeutique ; il y a seulement une différence de degré. L'acuité des troubles psychopathiques dans le *delirium aigu* et *tremens*, a laissé dans l'ombre les phénomènes névritiques qui doivent y exister. »

Quand l'origine alcoolique est évidente (et c'est la règle), la gradation admise par Dupré s'accepte facilement ; il est alors logique de voir dans le syndrome de Korsakoff un aspect subaigu d'une maladie, dont les modes graves et rapides sont constitués par le délire aigu et le *delirium tremens*. La psycho-polynévrite serait donc à mi-chemin entre les phénomènes d'imprégnation chronique et les accidents suraigus alcooliques.

Mais, vu la diversité possible des causes du syndrome, la question est plus complexe. L'étiage, l'échelle des valeurs, les termes de comparaison manquent, si l'affection est due à une infection, à un traumatisme ou à un choc moral. Pour nous éclairer sur ce point, des certitudes pathogéniques seraient indispensables.

Au point de vue anatomo-pathologique, la psychose polynévritique doit être rangée entre les psychoses *sine materia*, et

les encéphalites avec grosses lésions. On l'appelle généralement : « Encéphalite aiguë diffuse histologique ». Vraie dans la plupart des cas, la dénomination est inexacte souvent, puisqu'on a publié des observations sans la moindre lésion objective décelable.

Les affinités du syndrome de Korsakoff ont posé le problème de son autonomie. La psycho-polynévrite est-elle autonome? Question partout formulée et généralement résolue par la négative.

Il est indiscutable que la psychose de Korsakoff n'est pas une maladie. Elle ne répond pas à la définition d'une maladie, elle ne possède ni signes cliniques pathognomoniques, ni substratum organique net et spécial, ni étiologie constante. Ce n'est même pas une psychose individualisée.

C'est un syndrome relevant de causes très diverses. Mais des causes très diverses peuvent produire des effets analogues, suivant un principe philosophique. Une pathogénie subtile, dévoilant les mystères de l'élaboration du syndrome dans l'organisme, préciserait peut-être l'exacte signification de la psycho-polynévrite et révélerait son autonomie, ou sa parenté intime avec d'autres syndromes. Elle nous échappe.

Le mal n'est pas si grand, puisque la clinique seule a permis de distinguer la psychose de Korsakoff de la confusion mentale et de la presbyophrénie. A chaque chose, son nom; le syndrome qui nous intéresse possède un ensemble de caractères cliniques qui suffisent à lui conférer une grande originalité, et à justifier la pérennité de sa désignation.

Si on le rangeait sous le vocable générique de confusion mentale, ce dernier syndrome y perdrait toute clarté. Il ne faut pas embrouiller sous prétexte de synthétiser. A l'ombre d'une certitude cachée, la pathogénie, il sied de ne pas sacrifier la vraisemblance, la clinique.

Les apparences nous autorisent à conclure avec Dupré : « La psycho-polynévrite est dans une série, qui va depuis un léger onirisme et un degré léger de confusion mentale jusqu'au délire aigu (collapsus ultime des énergies cérébrales). »

CONCLUSIONS

La description faite en 1887 par Korsakoff sous le nom de *cérébropathie psychique toxémique* ne répond pas à une entité morbide véritable, à une psychose nouvelle individualisée par des causes spéciales, des lésions particulières, une sémiologie propre.

Le terme de *Psychopolynévrite* qui fut plus tard substitué à la désignation employée par Korsakoff est un terme impropre, car la description donnée par cet auteur ne comprend pas toutes les modalités des troubles psychiques qui peuvent accompagner les polynévrites.

Les expressions : *Syndrome psychopolynévritique* de Korsakoff et plus simplement *Syndrome de Korsakoff*, doivent seules être employées, en bonne terminologie, pour désigner un syndrome parfaitement individualisé en clinique psychiatrique et dont l'étude fut réalisée pour la première fois par Korsakoff.

Le syndrome de Korsakoff est caractérisé essentiellement par l'association de symptômes polynévritiques et de troubles psychiques consistant surtout en amnésie de fixation et en fabulation avec intégrité plus ou moins totale des facultés logiques. Ce syndrome se complète ordinairement par la présence de troubles de l'état général, et l'existence de troubles accessoires ou épisodiques : agitation, dépression, hallucinations idées délirantes.

Le syndrome de Korsakoff reconnaît pour causes habituelles les infections et les intoxications. On l'a vu succéder même à des traumatismes, exceptionnellement à un choc moral. Sa cause la plus fréquente est l'intoxication alcoolique de l'âge adulte. Il appartient donc nosographiquement au groupe des psychoses toxi-infectieuses.

Les lésions anatomo-pathologiques décrites jusqu'ici chez les malades atteints de syndrome de Korsakoff n'ont présenté aucun caractère pathognomonique. Les auteurs s'accordent cependant à signaler chez ces malades la très grande fréquence des lésions des reins et surtout du foie.

Le syndrome de Korsakoff est considéré actuellement par la plupart des auteurs comme une forme clinique spéciale et relativement rare, de la confusion mentale. Dans certains cas, il est réalisé d'emblée ; dans d'autres cas, il se montre nettement comme un stade quelquefois très prolongé d'une confusion en voie d'évolution.

Dans son aspect habituel, par sa physionomie originale, le syndrome de Korsakoff se reconnaît facilement dans la pratique psychiatrique. Cependant la présence des troubles mentaux accessoires et la prédominance de certains réalisent dans le syndrome de Korsakoff des modalités cliniques telles qu'on a pu lui décrire une forme agitée, une forme déprimée, une forme délirante, susceptibles d'entraîner des erreurs de diagnostic avec les états maniaques, mélancoliques, ou délirants. Il semble par contre illogique de distinguer une forme confusionnelle quand persistent avec abondance des signes de la confusion mentale initiale.

Le syndrome de Korsakoff doit être séparé ainsi des amnésies de fixation simples qui peuvent s'observer pendant ou après certaines psychoses toxiques et infectieuses. Il ne doit pas être confondu davantage avec les formes fabulantes et amnésiques décrites sous le nom de presbyophrénie dans certaines démences des vieillards.

Ainsi délimité, le syndrome de Korsakoff répond non seulement aux descriptions faites autrefois par le savant psychiatre de Moscou, mais encore aux données cliniques essentielles, contenues dans les nombreuses observations publiées dans la littérature médicale depuis trente ans.

Vu, *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Vu, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABADIE, PETGES ET DESQUEYROUX. — Polynévrite avec troubles mentaux après injection de 606. *Annales de Dermatol.*, Paris, 1913.
- AJELLO. — *Gazetta Catania*, 1907.
- ALEXANDROFF. — Un cas de psychose de Korsakoff pendant la grossesse. *Journ. russe du nom de Korsakoff*, 1907.
- ANDERODIAS ET ANGLADE. — Psychose polynévritique d'origine puerpérale. *Gaz. hebdom. des Soc. méd.*, Bordeaux, 1908.
- ANDRESSE. — Syndrome de Korsakoff d'origine cholérique. *Journal russe du nom de Korsakoff*, Moscou, 1910.
- ANGLADE. — Polynévrite tuberculeuse et psychose. Société Neurologique, Paris, 1900.
- ARSIMOLES ET HALBERSTADT. — Troubles hépatiques dans la psychopolynévrite. *Presse médicale*, 1909.
- ARSIMOLES ET LEGRAND. — Psychopolynévrite consécutive à une chorée rhumatismale. *Ann. médico-psychol.*, 1914.
- BALLET. — Lésions corticales dans la psycho-polynévrite. Soc. méd. Hôpit. de Paris, 1898 et Congrès de Marseille, 1899.
- BALLET ET FAURE. — Anatomie pathologique du syndrome. *Presse Médicale*, 1898.
- BAUSSART. — Presbyophrénie et psychopolynévrite chronique. *Archives internat. de neurol.*, 1910.
- BENON. — Syndrome de Korsakoff et confusion mentale post-traumatique. *Ann. méd. psych.*, 1914.
- Étude clinique de l'amnésie. *Gaz. des Hôp.*, 1908.
- BERGMANN KAPEROWITZ. — *Thèse Genève*, 1907.
- BERNARDI. — *Ann. di freniat.*, Torino, 1910.
- BEURMANN, GOUGEROT ET ROUBINOVITCH. — Syndrome de Korsakoff chez un lépreux. Société de Neurologie, 1906.
- BIELTSKY. — Amnésie traumatique rétrograde. *Revue psych. et neurol.*, 1913.

- BOLTON. — Presbyophrénie et syndrome de Korsakoff. *Journ. für Psychiat. Neurol.*, Leipzig, 1911.
- BONNET. — Psychose de Korsakoff et tumeur cérébrale. *Bull. Soc. méd. mentale*, 1912.
- BONFIGLI. — Psychose de Korsakoff. *Rev. neurol.*, 1907.
- BONSTEIN. — *Gaz. Waswaza*, 1907.
- BOULLIER. — Syndrome de Korsakoff et grossesse. *Bull. Soc. d'Obstét.*, Paris, 1911.
- BRODMAN. — Contribution à la psychopathologie du syndrome. *Journ. für Psych. u. Neurol.*, 1904.
- BUCCELLI. — Un cas de psycho-polynévrite par intoxication tabagique. *Rivista di pathol. mentale*, 1898.
- BURY. — L'alcool et ses relations avec la polynévrite. *Revue neurol.*, 1910.
- BUTTS. — Un cas de syndrome de Korsakoff. *States Nav. med. Bull.* Washington, 1913.
- CHANCELLAY. — *Thèse Paris*, 1901.
- CHARTIER. — Un cas de psycho-polynévrite chez une alcoolique de 63 ans. *Encéphale*, 1909.
- CHASLIN ET PORTOCALIS. — Syndrome de Korsakoff et syphilis cérébrale. *Encéphale*, 1909.
- CHIMENKO. — Syndrome de Korsakoff et encéphalite léthargique. *N.-York med. Journ.*, 1920.
- CHOTZEN. — *Arch. für Psych.*, Berlin, 1912.
- CLARKE. — Trois cas de psychose polynévritique. *Am. Journ. Insanity*, Baltimore, 1911.
- COLE. — Quelques cas de syndrome de Korsakoff. *Revue Neurol.*, 1906.
- COLELLA ET NEGRO. — Congrès internat. Rome, 1894.
- CORIAT. — Troubles mentaux dans les névrites alcooliques. *Am. Journ. of Insan.*, Baltimore, 1907.
- CRAMER. — Un cas de syndrome de Korsakoff. *Deust. mediz. Wchnschrft*, 1903.
- CROCQ. — Polynévrite avec psychose. *Bull. Soc. méd. mentale*, Bruxelles, 1903.
- DAVIDENKOF. — Amnésie traumatique rétrograde. *Gaz. russe psych.*, 1915.
- DEKTEREFF. — Un cas de psycho-polynévrite. *Am. Journ. Insan.*, Baltimore, 1912.

- DELMAS. — Un cas d'amnésie lacunaire au cours de l'alcoolisme chronique. *Revue Neurol.*, 1910.
- DENIS ET CAMUS. — Démence polynévritique. *Rev. Neurol.*, 1909.
- DEROUBAIX. — Syndrome de Korsakoff et P. G. *Journal Neurol.*, 1903.
- DERVING. — Sur le syndrome de Korsakoff. *Long-Island. med. Journ.*, 1908.
- DEVAUX ET LOGRE. — Amnésie et fabulation dans la presbyophrénie, Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière, 1911.
- DONNET. — Cirrhose et psycho-polynévrite. *Presse méd.*, 1917.
- DUFOUR. — Trois cas de syndrome de Korsakoff. *Journ. méd.*, Paris, 1914.
- DUPIN ET LERAT. — Un cas de psycho-polynévrite. Soc. médico-psych., 1908.
- DUPRÉ. — *Traité de Pathologie mentale* de G. Ballet.
- DUPRÉ ET CHARPENTIER. — Psycho-polynévrite chronique. Encéphale, 1909.
- DUPRÉ ET LEBLANC. — Psycho-polynévrite avec tachycardie permanente. Soc. neurol., 1917.
- DUPRÉ ET CAMUS. — Psycho-polynévrite, purpura et cirrhose hépatique. *Bull. de méd. mentale*, 1908.
- ERIKSON. — Psycho-polynévrite d'origine alcoolique. *Rev. neurol.*, 1905.
- FATTERSON. — Deux cas de syndrome de Korsakoff. *Ann. méd.*, Philadelphie, 1905.
- FERET. — Troubles mentaux dans la psycho-polynévrite. *Thèse Paris*, 1909-1910.
- FERET ET TERRIEN. — Deux cas de syndrome de Korsakoff évoluant depuis trois ans. *Bull. soc. clin. de méd. mentale*, 1911.
- FISCHER. — Sur la presbyophrénie. *Archiv. für Psych.*, Berlin, 1912.
- FRÄNKEL. — *Arch. für psychiat.*, Berlin, 1911.
- FRIGERIO. — Syndrome de Korsakoff et grossesse. *Rivista di path. nerv.*, Firenze, 1917.
- FREYERMUTH. — Anatomie pathologique du syndrome. *Pacific med. Journ.*, San Francisco, 1916.
- FUNKAUER. — *Journ. méd. soc. New-Jersey*, Orange, 1914.
- GARCIA DEL REAL. — *Rev. espec.*, Madrid, 1911.
- GASPARRINI. — Polynévrite avec syndrome de Korsakoff. *Gaz. osped. et clin.*, 1904.
- GELMA. — Psycho-polynévrite chronique. Congrès Bruxelles, 1910.

- GIANNULI. — Syndrome de Korsakoff par commotion cérébrale. *Rivist. esperim. di phreniat.*, 1914.
- GIER. — Syndrome de Korsakoff. *Psych. russe contemporaine*, 1911.
- GREGOR. — Troubles de la mémoire dans la psycho-polynévrite. *Monatschrift für psychiat.*, Leipzig, 1907.
- GUGLIELMO MUNDIO. — *Riv. di freniatria*, Messine, 1906.
- GUILLAUMOT. — Cirrhose et polynévrite. *Thèse Lyon*, 1906.
- GUILAROWSKI. — Amnésie dans le syndrome de Korsakoff. *Psychiat. russe contemp.*, 1911.
- GUTMAN. — Un cas de méningite tuberculeuse simulant la psychose de Korsakoff. *Moniteur russe*, 1913.
- HAHN. — Psychose polynévritique après avortement. *Archives für Psychiat.*, Berlin, 1912.
- HANDERSON. — Syndrome de Korsakoff et grossesse. *Med. Journ. Insanity*, Baltimore, 1914.
- HARRY MILLER. — Quelques cas de syndrome. *Am. Journ. Insanity*, 1904.
- HAURY. — Les neuro-cérébrites toniques. *Thèse de Lyon*, 1894.
- HAYMAN. — Psycho-polynévrite chez les morphinés. *Revue neurol.*, 1910.
- HERRING. — Quelques cas du syndrome. *Maryland med. Journ.*, Baltimore, 1911.
- HESNARD. — Psycho-polynévrite paludéenne. Trois cas. *Tunisie médicale*, 1911.
- HOISHOLT. — Trois cas du syndrome. *Americ. Assoc. Medic.*, 1911.
- HÜTNER. — Symptômes corticaux dans la psycho-polynévrite. *Arch. für Psychiat.*, Breslau, 1906.
- INGRAM. — Syndrome de Korsakoff. *Lancet clin.*, Cincinnati, 1914.
- JACQUET. — Presbyophrénie. *Thèse Toulouse*, 1910-11.
- JOLLY. — Congrès de Moscou, 1897.
- JUQUELLIER ET PERPÈRE. — Psycho-polynévrite avec insuffisance hépatique. *Ann. médico-psych.*, 1904.
- KALBAUM. — Deux cas du syndrome. *Allgem. Zeitsch. für Psych.*, 1899.
- KARBERLACH. — Psychose de commotion et syndrome de Korsakoff. *Rev. neurol.*, 1904.
- KAUFMAN. — Étiologie du syndrome. *Journ. med. neurol. et mentale*, Berlin, 1913.
- KLIPPEL. — Folie hépatique. *Arch. de méd.*, 1896.

- KLIPPEL ET LHERMITTE. — Névrite au cours des maladies du foie. *Sem. méd.*, 1908.
- KNAPP. — Psychose polynévritique. Wiesbaden, chez Bergman, 1906.
- KOROSKO. — Le syndrome de Korsakoff. *Journal du nom de Korsakoff*, 1907.
- KORSAKOFF. — *Moniteur russe de psychiat. et neuropathol.*, 1887; *Gaz. russe hebdomadaire clinique*, 1889; *Rev. de méd.*, 1889; Congrès intern., Paris, 1889; *Archives fur Psychiat.*, 1889; *Rev. philosoph.*, 1889; *Thèse Moscou*, 1887; *Allg. Teits. f. Psych.*, 1891.
- KRAUSS. — *Psych. Arb.*, Leipzig, 1904.
- LADAME. — Quelques cas du syndrome. Soc. méd., Genève, 1912.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Syndrome de Korsakoff et confusion mentale. Soc. Psychiat., 1913.
- Psycho-polynévrite et confusion mentale. Soc. anat. clin., Paris, 1906.
- LAMBERT. — *Philadelphia med. Journ.*, 1907.
- LANDERER. — *Thèse allemande*, 1906.
- LAPINSKI. — Trois cas du syndrome. *Arch. für Psychiat.*, 1909.
- LASSE. — Syndrome de Korsakoff avec polio-encéphalite de Wernicke. *Revue russe de Psych.*, 1911.
- LÉPINE. — Psycho-polynévrite alcoolique. *Rev. neurol.*, 1898.
- LÉVY-VALENSI ET GENILPERRIN. — Fabulation. Soc. psych., 1913.
- LHERMITTE ET HALBERSTADT. — Étude anatomo-clinique du syndrome. *Arch. génér. de méd.*, 1906.
- LIBERMAN (M^{lle}). — Le syndrome de Korsakoff. *Thèse Paris*, 1902.
- LONGLANDRY (M^{me}). — La psychose de Korsakoff. *La Clinique*, 1909.
- LOUMÉAC. — Psycho-polynévrite d'origine urinaire. Soc. méd. et clinique, Bordeaux, 1909.
- LUCKERATH. — Étude du syndrome de Korsakoff. *Neurol. Centralblatt*, 1900.
- LURA. — Syndrome de Korsakoff gravidique. *Gaz. med. italiana*, 1912.
- LWOF ET FÉRET. — Trois cas d'origine alcoolique. *Bull. soc. clin. mal. ment.*, 1908.
- LYASS. — Polio-encéphalite de Wernicke et syndrome de Korsakoff. *Obocz. psych.*, Petrograd, 1911.
- MARCHAND. — Syndrome de Korsakoff pendant la démorphinisation. *Bull. Soc. clinique méd. ment.*, 1913.

- MARINESCO ET MINEA. — Anatomie pathologique du syndrome. *Rev. neurol.*, 1905.
- MARKS. — Syndrome de Korsakoff avec syphilis cérébrale. *Boston med. Journ.*, 1915.
- MATTAUSCHEK. — *Deuts. med. woch.*, Leipzig, 1905.
- MEDEA. — *Ann. di neurologia*, 1906.
- MEYER. — Anatomie pathologique du syndrome. *Arch. für Psychiat.*, 1912.
- Syndrome de Korsakoff d'origine traumatique. Schmidt et Klaunig, Kiel.
- MILLER. — Un cas du syndrome. *Revue neurol.*, 1904.
- MOLL. — Trois cas du syndrome. *South-African med. Rec.*, Capetown, 1915.
- MONKEMOLLER. — Maladie de Korsakoff. *Allg. Zeipt. für Psychiatria*, 1898.
- NINA RODRIGUEZ. — Psycho-polynévrite et Bériberi. *Ann. med. psych.*, 1906.
- NOUET. — Psycho-polynévrite chronique et presbyophrénie de Wernicke. *Encéphale*, 1911.
- NOUET ET HALBERSTADT. — Presbyophrénie de Wernicke. *Encéphale*, 1909.
- PASCAL. — Polynévrite alcoolique et psychose polynévritique. *Thèse Montpellier*, 1904.
- PHILIPP GOODHART. — Amnésie par intoxication tabagique et infection malarique. *The Journal of Am. med. Associat.*, 1913.
- PHOTIADÈS. — Psycho-polynévrite et cirrhose hépatique. *Thèse Paris*, 1913.
- PIC ET BONNAMOUR. — Cirrhose avec psycho-polynévrite. *Lyon médical*, 1907.
- PITRES ET MABILLE. — Amnésie de fixation par apoplexie. *Revue de Médecine*, 1913.
- PITT. — *London Gaz. Hosp.*, 1911.
- POROT ET FROMENT. — Cirrhose et polynévrite. *Lyon médical*, 1907.
- POTEL. — Amnésie de fixation. *Thèse Paris*, 1910.
- PRINCE. — Amnésie de fixation chez un alcoolique chronique. *Rev. de Psych.*, 1913.
- RAPPOPORT. — Syndrome de Korsakoff pendant la grossesse. *Thèse Paris*, 1913.

- RAYMOND. — Un cas de névrite généralisée avec troubles mentaux. *Revue neurol.*, 1906.
- REDLICH. — Sur la psychose de Korsakoff. *Wien Klin.*, 1896.
- RÉGIS. — Précis de Psychiatrie.
- RÉGIS ET GALTIER. — Un cas de confusion mentale toxi-infectieuse avec amnésie. *Gaz. Hebdom. des Sciences Méd*, Bordeaux, 1910.
- REYE. — Syndrome de Korsakoff avec syphilis cérébrale. *J. Mich. M. Soc. Grand Rapids*, 1914.
- RIGGS. — Syndrome de Korsakoff et grossesse. *Am. Journ. of Insanity*, 1917.
- RIGHETTI. — Polynévrite radiculaire dans un cas de psychose pella-greuse. *Rivista di freniatria*, 1899.
- ROEHMELD. — Syndrome de Korsakoff avec syphilis cérébrale. *Revue Neurol.*, 1909.
- ROGUES DE FURSAC. — Précis de pathologie mentale.
- ROHDE. — Sur la psychose de Korsakoff. *Ztsch. Aertz.* Frankfort, A. R., 1898.
- ROQUE. — Korsakoff et pleuropéritonite. *Lyon méd.*, 1902.
- ROSE ET BENON. — Psychopolynévrite ou presbyophrénie. *Soc. psych.*, 1902.
- ROSENWASSER. — *Journ. méd. N.-Jersey*, Orange, 1909.
- ROSS. — Troubles psychiques dans la polynévrite. *Journ. Méd. Soc. ment.*, London, 1890.
- ROUX. — Troubles mentaux dans la psychopolinévrite. *Loire méd.*, 1900.
- ROULLAUD. — Amnésie toxique. *Thèse Paris*, 1884.
- SCHNEIDER. — *Ztsch. fur neurol. u. psychiat.*, 1912.
- SCHULTZE. — *Berlin Klinische*, 1898.
- SEGLAS ET STROEHLIN. — Psychopolynévrite avec cirrhose hépatique. *Presse méd.*, 1909.
- SERBSKY ET PETROF. — Korsakoff et érysipèle. *Journal russe du nom de Korsakoff*, 1907.
- SIEFERT. — Anatomie pathologique du syndrome. Congrès de Hall, 1901.
- SIMS. — Anatomie pathologique du syndrome. *J. of nervous and ment. disease*, 1905.
- SLEPIAN. — Amnésie de fixation. *Th. Paris*, 1911.

- SOBOLWSKY. — Un cas du syndrome. *Journal russe du nom de Korsakoff*, 1903.
- SOKALSKY. — Un cas du syndrome. *Journal russe du nom de Korsakoff*, 1903.
- SOLIER. — Problème de la mémoire (Alcan).
— Un cas du syndrome de Korsakoff. *Revue neurol.*, 1895.
— Un cas du syndrome par intoxication gastrique. *Rev. de Psychiat.*, 1906.
- SOUKHANOF. — *Revue de méd.*, 1897; *Journal de neurol.*, 1902; *Annales médico-psych.*, 1907; *Revue de neuropsych. russe*, 1908; *Journal of mental pathology*, 1907; *Rev. de Psychiat.*, 1908.
- SOUKHANOF ET ORLOF. — Soc. neurol. et psych., Moscou, 1898.
- SOUKHANOF ET BOUTHENKO. — *Journal de neurologie*, 1902; *Journal du nom de Korsakoff*, 1903.
- STODDARTS. — Un cas avec anesthésie systématisée. *Proceed. Roy. Soc. med.*, London, 1913.
- STEVENS. — Un cas de syndrome superposé à une mélancolie. *Journ of nervous and ment. disease*, 1908.
- STRANSY. — *Jahr. fur Psychiat.*, 1905.
- STRAUSS. — *Thèse de Lyon*, 1893.
- SUTTEL. — Syndrome de Korsakoff tendant à la chronicité. *Revue neurol.*, 1909.
- TCHELTZOF ET SOUKHANOF. — *Ann. medico-psych.*, 1902; *Arch. de neurol*, 1896.
- THOMA. — Anatomie pathologique du syndrome. *Allgem. Zeitsch für Psychiatria*, Berlin, 1913.
- TOURMINI. — Congrès de Madrid, 1903.
- TRUELLE. — *Archives de neurologie*, 1901.
- UDINE. — Psychopolynévrite. *Rev. Neurol.*, 1908.
- VAN DEN TORREN. — Amsterdam, 1906.
- VERGER ET HESNARD. — Affaiblissement psychique après encéphalite léthargique. *Sud médico-chirurgical*, 1922.
- VIGOUROUX ET DELMAS. — Psychopolynévrite chez un alcoolique tuberculeux. Soc. anat., 1906.
- VIGOUROUX ET PRINCE. — Amnésie de fixation chez une P. G. Soc. clin. méd. ment., 1912.
- VINGATE. — Un cas du syndrome. *Wisconsin med. Journal*, 1907.

- VYROUBOF. — Anatomie pathologique du syndrome. *Rev. russe de neuro-psychiat.*, 1902.
- WADA. — *Jahrb. für Pscyhiat.*, Leipzig, 1913.
- WEBER. — Formes rudimentaires du syndrome. Leipzig, 1906.
- WHEHRUNG. — Anatomie pathologique. *Arch. für Psych.*, Berlin, 1904.
- WETSCHLER. — Troubles de la mémoire dans le syndrome de Korsakoff. *Psychiat. Bull.*, Utica, 1917.
- WETSPHALL. — Cas avec exagération des réflexes. *Deust. med. Woch.*, 1902.
- WIGERT. — Deux cas. *Hygiea*, Stockholm, 1916.
- WILLIAM PICKETT. — *Philad. med. soc.*, 1906.
- WILSON. — Névrite puérpérale avec syndrome de Korsakoff complexe. *Journ. of ment. and nervous disease*, N.-York, 1916.
- WILLS ET ALLEN. — Autopsie d'un cas. *Rev. Neurol.*, 1909.
- WOLRATH. — Anatomie pathologique. *Thèse Berlin*, 1912.

